

RAPORT

**Deficyty w kompetencjach kadr zarządzających
w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych
zadań związanych
z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami,**

w ramach projektu pt. „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka zdrowotna
i Pomoc Społeczna” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach
Europejskiego Funduszu Społecznego nr POWR.02.12.00-00-0007/16

**Iwona Kowalska-Bobko
Magdalena Bogdan
Katarzyna Badora-Musiał
Joanna Oberska
Agnieszka Dłutek**

Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Tło teoretyczne w zakresie badań nad kompetencjami zarządczymi	4
3. Charakterystyka badania	20
3.1. Cel badawczy	20
3.2. Pole badawcze	21
3.3. Narzędzie badawcze	21
3.4. Metodyka badania	22
4. Wyniki	23
5. Analiza i ocena wyników	64
6. Rekomendacje	67
7. Bibliografia	69
ANEKS	71

Autorski kwestionariusz ankiety do badania w zakresie deficytów kompetencji kadr zarządzających w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19

1. Wprowadzenie

Zarządzanie placówkami opieki medycznej wciąż ewoluuje, ponieważ dziedzina świadczenia usług zdrowotnych staje się coraz bardziej złożona. Wymaga ona interdyscyplinarnego podejścia i wiedzy z pogranicza różnych dziedzin nauki.

W niektórych krajach uczelnie wyższe i powiązane z nimi stowarzyszenia zawodowe pomogły ustanowić tę dziedzinę jako odrębny zawód o określonej wiedzy. W innych państwach profesjonalizacja zarządzania w systemach zdrowotnych nie rozwinęła się lub jest jeszcze na wczesnym etapie rozwoju. Wiele z tych krajów o niskich i średnich dochodach nie ma formalnych programów szkoleniowych czy stowarzyszeń zawodowych pomagających w ustalaniu i definiowaniu minimalnych standardów i kompetencji w zakresie profesji menedżera opieki zdrowotnej. W wybranych państwach menedżerowie utworzyli krajowe stowarzyszenia w celu wymiany wiedzy, informacji i doświadczenia. Chociaż istnieją poważne różnice w kontekstach, w których kadry zarządzające działają na całym świecie, wszyscy ponoszą wspólną odpowiedzialność za wzmacnianie przywództwa i zdolności zarządczych oraz zdolności swoich pracowników, a także za promowanie zawodu, który reprezentują. Pomimo różnych wysiłków organizacji zawodowych czy poszczególnych ministerstw zdrowia, zarządzanie opieką zdrowotną nie zostało powszechnie uznane na całym świecie za zawód¹.

Istotnym nurtem badawczym w zarządzaniu organizacją i zarządzaniu zasobami ludzkimi jest podejście kompetencyjne. Szerokie zainteresowanie tym tematem, duża liczba publikacji naukowych i powstających modeli, a także różnorodność stosowanych podejść sprawia, że dotychczas nie została ustalona jedna, spójna definicja terminu 'kompetencja'. Ze względu na przyjęte podejście, kompetencje można definiować tylko jako umiejętności, wiedzę i postawy lub szerzej, jako połączenie cech, predyspozycji, motywacji, wartości z nabytymi umiejętnościami i wiedzą. Ta szersza definicja, uwzględniająca trwałe cechy pracownika, które ujawniają się podczas pracy i mogą być podczas niej kształtowane, została

¹ Hahn C.A., Gil Lapetra M. (2019), *Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment*. Front Public Health. 2019;7:34, doi:10.3389/fpubh.2019.00034

wykorzystana jako podstawa do stworzenia narzędzia badawczego wykorzystanego w ramach niniejszego badania².

Tematyka kompetencji kadr zarządzających w sektorze zdrowotnym wydaje się być ważną i aktualną. Jej szczególne znaczenie pokazała także obecna sytuacja zagrożenia epidemicznego. Celem niniejszego badania naukowego była zatem analiza i ocena deficytów kompetencyjnych kadr zarządzających w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami.

Prezentowany raport składa się z sześciu części, uwzględniających: wprowadzenie, tło teoretyczne w zakresie badań nad kompetencjami zarządczymi, metodyczną charakterystykę badania, otrzymane wyniki, wyciągnięte wnioski i autorskie rekomendacje. Całość uzupełnia spis piśmiennictwa i aneks.

W oparciu o przeprowadzone analizy i zebrany w procesie badawczym materiał, można stwierdzić, iż zaprezentowane w raporcie wnioski i autorskie rekomendacje mają nie tylko wymiar naukowy, ale także praktyczny. Mogą i powinny one posłużyć do analiz systemowych oraz sektorowych w zakresie wdrażania koncepcji i podnoszenia kwalifikacji kadr zarządzających. Mogą one zostać także z powodzeniem wykorzystane do tworzenia nowych programów kształcenia lub doskonalenia zawodowego dla menedżerów związanych z sektorem zdrowotnym.

2. Tło teoretyczne w zakresie badań nad kompetencjami zarządczymi

Rozwój kształcenia opartego na kompetencjach nastąpił w latach 20. XX wieku, jednak o nowoczesnym podejściu do kompetencji pracowniczych możemy mówić dopiero od lat 60. i 70.³, kiedy to David Clarence McClelland przeprowadził badania, które doprowadziły go do przekonania, że o sukcesie zawodowym nie decyduje wykształcenie czy inteligencja, ale odmienne czynniki, które następnie określono mianem kompetencji⁴. Zaproponował, aby

² Moczydlowska, J. M. (2008), *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi, a motywowanie pracowników*. Difin, Warszawa.

³ Adams K. (1996), *Competency's American Orgins and the Conflicting Approaches in Use Today*, „Competency”, vol. 3, nr 2.

⁴ Chouhan V.S., Srivastava S. (2014), *Understanding Competencies and Competency Modeling — A*

testy na inteligencję zastąpić właśnie testami kompetencji. Jego zainteresowania koncentrowały się na badaniu motywów ludzkich działań, które wynikały z potrzeby sukcesu, potrzeby afiliacji i potrzeby przywództwa⁵.

Badania te były kontynuowane przez jednego ze współpracowników McClellanda – Richarda Boyatzisa. Skonstruował on model obejmujący zestaw kompetencji menedżerskich i ich ocenę. Po przeprowadzonej analizie, zaproponował definicję kompetencji pracowniczych, według której są to podstawowe (krytyczne) cechy pracownika niezbędne do osiągnięcia przeciętnych lub wyróżniających wyników na stanowisku pracy. Następnie skorygował ją, odnosząc kompetencje pracownicze do atrybutów, na podstawie których można odróżnić pracowników osiągających wyróżniające wyniki od tych, którzy uzyskują przeciętne i niższe od przeciętnych rezultaty⁶. Boyatzis ostatecznie włączył 19 ogólnych kompetencji do swojego modelu, grupując je w zbiory kompetencji podobnych i właściwych dla menedżerów poszczególnych poziomów hierarchicznych, osiągających najlepsze, średnie i słabe wyniki pracy⁷.

Boyatzis określił także wstępne warunki, które są niezbędne podczas wdrażania programów dotyczących rozwoju kompetencji pracowników, wyszczególniając następujące etapy:

1. dokonanie zindywidualizowanej oceny i opracowanie na tej podstawie programów rozwoju kompetencji, w tym:
 - określenie wizji, wartości i oczekiwań w odniesieniu do przedsiębiorstwa i pracownika,
 - dokonanie diagnozy aktualnych kompetencji i wiedzy pracownika oraz zestawienie ich z oczekiwanymi kompetencjami w przyszłości,

Literature Survey, IOSR Journal of Business and Management, vol. 16, issue 1. ver. I (Jan. 2014), s. 14-22, (dostęp: 26.11.2020) <https://pdfs.semanticscholar.org/f9e4/f17ce671b53a33d3da74e3bf12d85f540715.pdf>.

⁵ Czekaj J., Jabłoński M. (2011), *Współczesne podejścia do identyfikacji kompetencji pracowniczych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 854, s. 7-22 (dostęp: 26.11.2020) <https://r.uek.krakow.pl/bitstream/123456789/1833/1/171045252.pdf>.

⁶ Boyatzis, R.E. (1982), *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, New York: John Wiley and Sons.

⁷ Czekaj J., Jabłoński M. (2011), *Współczesne podejścia do identyfikacji kompetencji pracowniczych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 854, s. 7-22 (dostęp: 26.11.2020) <https://r.uek.krakow.pl/bitstream/123456789/1833/1/171045252.pdf>.

- opracowanie przez pracownika planu rozwoju swych kompetencji i praktyczne jego wdrożenie;
- 2. zapewnienie atmosfery wspólnego wsparcia dla rozwoju wizji pracowników;
- 3. przeprowadzenie krytycznej analizy aktualnych programów rozwoju kompetencji pracowniczych i proponowanie usprawnień;
- 4. wprowadzenie możliwości eksperymentowania i rozwój kompetencji na stanowisku pracy.

Oba modele – McClellanda i Boyatzisa – dominowały w USA, natomiast nie były wykorzystywane w badaniach dotyczących kompetencji, które były prowadzone w Wielkiej Brytanii. Tam skupiono się na opracowaniu standardów kompetencyjnych, które miały zapewnić podstawę oceny kierowników oraz umożliwić projektowanie skutecznych programów doskonalenia umiejętności kierowniczych w brytyjskich przedsiębiorstwach. Było spowodowane to niską efektywnością tamtejszych menedżerów oraz krytyką ówczesnych metod ich szkolenia⁸. W badaniu zapoczątkowanym przez rząd wzięło udział ponad 4 tys. menedżerów różnych branż i sektorów. W wyniku tego projektu w 1988 roku nastąpił rozwój narodowych standardów kompetencji kierowniczych – Management Charter Initiative (MCI). Zostały wyszczególnione dwa ogólne standardy kompetencyjne. Pierwszy skierowany był do osób, które zaczynają dopiero pracę na stanowiskach kierowniczych, drugi – dla menedżerów średniego szczebla. Pozwoliło to na przegląd kompetencji doświadczonych menedżerów i identyfikację pożądanych kierunków rozwoju. Prezentowanym standardom, opartych na uproszczonych modelach uczenia się, zarzucano, że uwzględniają przede wszystkim kształcenie bazujące na podejściu behawioralnym, abstrahującym od społecznej teorii uczenia się, tj. od zrozumienia i świadomych zmian zachowań pracowniczych wynikających z uczenia się indywidualnego i grupowego⁹.

⁸ Constable J., McCornick R. (1987), *The Making of British Managers*, BIM, London.

⁹ Czekaj J., Jabłoński M. (2011), *Współczesne podejścia do identyfikacji kompetencji pracowniczych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 854, s. 7-22 (dostęp: 26.11.2020) <https://r.uek.krakow.pl/bitstream/123456789/1833/1/171045252.pdf><https://r.uek.krakow.pl/bitstream/123456789/1833/1/171045252.pdf>

Zagadnienie kompetencji można rozpatrywać odnosząc się do kompetencji indywidualnych i organizacyjnych. Kompetencje indywidualne badali m.in. Lyle i Signe Spencer¹⁰. Według nich ten rodzaj kompetencji obejmuje: wiedzę, umiejętności, wartości i standardy oraz motyw, etykę pracy, entuzjazm i własny wizerunek. Spencerowie zobrazowali kompetencje za pomocą wciąż popularnego modelu góry lodowej. Jej wierzchołek, czyli widoczną część kompetencji, tworzą wiedza i umiejętności – jest to obszar stosunkowo łatwy do zidentyfikowania, zdobycia i rozwijania. Pod powierzchnią wody znajdują się natomiast kompetencje wewnętrzne, tj. postawy, wartości, cechy i motywacje, które są ukryte, przez co trudniejsze jest ich pozyskanie, modyfikowanie i pomiar. Jednak to one w większym stopniu wpływają na wydajność organizacji.

Kompetencje organizacyjne zostały z kolei zdefiniowane przez G. Hamel i C.K. Prahalad. Określili oni czynniki, które pozwalają przedsiębiorstwom dominować na rynku. Są to:

1. Zrozumienie, jaka będzie konkurencja w przyszłości.
2. Proces znajdowania przyszłych luk rynkowych.
3. Zdolność mobilizowania wszystkich pracowników.
4. Umiejętność pokonywania konkurentów bez nadmiernego ryzyka.

Według Hamela i Prahalada właśnie dzięki zbadaniu i stosowaniu kluczowych kompetencji można pokonać konkurencję¹¹.

Każda organizacja potrzebuje dobrych menedżerów i podmioty lecznicze nie są pod tym względem wyjątkiem. Menedżer powinien mieć określone cechy i umiejętności, odznaczać się głęboką wiedzą z zakresu zarządzania, inteligencją ogólną i emocjonalną, intuicją oraz twórczą wyobraźnią. Ważne jest również ciągłe doskonalenie się i rozwijanie swoich umiejętności. Menedżer jest osobą, do której kompetencji należy przede wszystkim planowanie, podejmowanie decyzji, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie. Są to tak

¹⁰ Spencer L.M., Spencer S.M. (1993), *Competence at Work*, New York: Wiley.

¹¹ Hamel G., Prahalad C.K. (1996), *Competing for the future*, Boston, Mass: Harvard Business School Press.

zwane kompetencje miękkie. Charakteryzują się one uniwersalnością w każdym zawodzie, mają aspekt społeczny, a także pomagają we współpracy z innymi¹². Zaliczamy do nich:

- negocjowanie,
- analizę,
- podejmowanie decyzji,
- rozwiązywanie problemów,
- zarządzanie czasem,
- innowacyjność,
- umiejętność podziału pracy,
- samomotywację,
- kreatywność,
- asertywność,
- radzenie sobie ze stresem¹³.

Coraz większa złożoność systemów ochrony zdrowia wymusza stworzenie standardów zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. W celu określenia wspólnych umiejętności potrzebnych do skutecznego działania i jak można je osiągnąć, został utworzony Healthcare Leadership Alliance (HLA). Jest to sojusz zawarty przez 6 organizacji (The American College of Healthcare Executives, the American College of Physician Executives, the American Organization of Nurse Executives, the Healthcare Financial Management Association, the Healthcare Information and Management Systems Society, the Medical Group Management Association), które reprezentują ponad 140 000 specjalistów w zarządzaniu w ochronie zdrowia. Członkowie sojuszu zidentyfikowali kilka wspólnych kompetencji, które są kluczowe dla branży. Menedżerowie opieki zdrowotnej wykorzystują zasoby HLA do samooceny swoich umiejętności zarządzania. Uzyskując dostęp do katalogu kompetencji stworzonego przez HLA mogą ocenić, które umiejętności wymagają aktualizacji i

¹² Kazak M. (2017), *Kompetencje menedżerskie we współczesnej organizacji*, Journal of Modern Management Process, nr 1(2)/2017, s. 89-99, (dostęp: 26.11.2020) <https://journalmmp.com/index.php/jmmp/article/view/38/38>.

¹³ Whetten D., Cameron K., Woods M. (2000), *Developing management skills for Europe*, Harlow, Essex: Pearson Education.

udoskonalenia. Organizacje opieki zdrowotnej używają katalogu do oceny swoich zespołów zarządzających w ponad 300 obszarach specjalizacji. Ocena ta pozwala organizacjom ocenić, jak dobrze ich menedżerowie uzupełniają się nawzajem pod względem umiejętności. Z kolei nauczyciele korzystają z katalogu również podczas projektowania programów nauczania dla uniwersyteckich programów zarządzania opieką zdrowotną. Konsorcjum członków HLA opracowało model, który jest używany przez wiele organizacji opieki zdrowotnej do skutecznego szkolenia w zakresie zarządzania. Wyróżniono kompetencje wspólne dla wszystkich menedżerów opieki zdrowotnej: (1) komunikacja i zarządzanie relacjami, (2) profesjonalizm, (3) przywództwo, (4) znajomość systemu opieki zdrowotnej, (5) wiedza i umiejętności biznesowe.

Model HLA został wykorzystany przez globalne konsorcjum Międzynarodowej Federacji Szpitali ds. Zarządzania opieką zdrowotną do opracowania katalogu kompetencji przywódczych dla menedżerów usług opieki zdrowotnej (*Global Competency Directory*), które stały się katalizatorem służącym do definiowania umiejętności, wiedzy i zdolności potrzebnych w zawodzie zarządzającym opieką zdrowotną. Stworzono katalog kompetencji, dzieląc je na 5 krytycznych dziedzin:

Pierwsza grupa kompetencji obejmowała:

- Zarządzanie relacjami – utrzymywanie i rozwijanie efektywnych relacji międzyludzkich, utrzymywanie pozytywnych relacji z interesariuszami, wspólne podejmowanie decyzji i zrozumienie jej wpływu na zainteresowane strony (wewnętrzne i zewnętrzne);
- Umiejętności komunikacyjne i zaangażowanie – wrażliwość kulturowa w komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, demonstrowanie umiejętności komunikacyjnych, prezentowanie wyników analizy w sposób zgodny z faktami, wiarygodny i zrozumiały dla decydentów, przygotowanie i dostarczanie komunikacji biznesowej, takiej jak agendy spotkań, prezentacje, raporty biznesowe i plany komunikacji w ramach projektu, zrozumienie funkcji mediów i public relations;
- Ułatwianie i negocjacje – zarządzanie konfliktem poprzez mediację, negocjacje i inne techniki rozwiązywania problemów i sporów, demonstrowanie

umiejętności rozwiązywania problemów, budowanie i udział w efektywnych zespołach multidyscyplinarnych.

Kompetencje w zakresie profesjonalizmu i społecznej odpowiedzialności to:

- Odpowiedzialność osobista i zawodowa – udział w inicjatywach dotyczących polityki zdrowotnej, opowiadanie się za prawami i obowiązkami pacjentów i ich rodzin, ujawniając zdolność do rozumienia konfliktu interesów i zarządzania nim w sytuacjach określonych regulaminem organizacyjnym, zasadami i procedurami, zachowując należytą staranność w wykonywaniu obowiązków powierniczych, promowanie jakości, bezpieczeństwa opieki i opieki społecznej, zaangażowanie w świadczenie usług zdrowotnych;
- Rozwój zawodowy i uczenie się przez całe życie – ujawnianie zaangażowania w samorozwój, w tym w kształcenie ustawiczne, nawiązywanie kontaktów, refleksja i doskonalenie osobiste;
- Wkład w rozwój zawodu – przyczynianie się do rozwoju zawodu menedżera opieki zdrowotnej poprzez dzielenie się wiedzą i doświadczeniem, rozwijanie innych poprzez mentoring, doradztwo, szkolenie i bycie wzorem do naśladowania, wspieranie i mentoring talentów o dużym potencjale w ramach własnej organizacji i zawodu menedżera w placówkach opieki zdrowotnej;
- Samoświadomość – bycie świadomym własnych założeń, wartości, mocnych i słabych stron, ujawnianie refleksyjnego przywództwa poprzez wykorzystanie samooceny i informacji zwrotnych od innych przy podejmowaniu decyzji;
- Etyczne postępowanie i świadomość społeczna – wykazanie się wysokim postępowaniem etycznym, zobowiązanie do przejrzystości i odpowiedzialności za swoje czyny, stosowanie ustalonej etyki do rozwiązywania problemów etycznych, utrzymywanie równowagi między życiem osobistym a zawodowym, uznanie, że najważniejsze są potrzeby pacjenta/społeczności.

Wśród kompetencji przywódczych konsorcjum wyróżniło:

- Umiejętności i zachowania przywódcze – informowanie o misji, celach i priorytetach organizacji podmiotom wewnętrznym i zewnętrznym, wcielanie

technik i teorii zarządzania w działania przywódcze, analizowanie problemów, promowanie rozwiązań i zachęcanie do podejmowania decyzji;

- Angażowanie kultury i środowiska – tworzenie klimatu organizacyjnego opartego na wzajemnym zaufaniu, przejrzystości i koncentrowanie się na doskonaleniu aktywności, które zachęcają do pracy zespołowej i wspierają różnorodność, zachęcają pracowników do wysokiego poziomu zaangażowania poprzez ustanowienie i informowanie o wizji, misji i celach;
- Wiodąca zmiana (Leading Change) – promowanie ciągłego uczenia się i doskonalenia w organizacji, reagowanie na potrzeby zmian i prowadzenie procesu zmian;
- Stymulowanie innowacji – zachęcanie do różnorodności myśli w celu wspierania innowacji, kreatywności i poprawy.

Wśród kompetencji dotyczących znajomości systemu ochrony zdrowia można wyróżnić:

- Systemy i organizacje zdrowotne – wykazywanie zrozumienia struktury systemu, mechanizmów finansowania i wiedzy na temat organizacji usług opieki zdrowotnej, równoważenie wzajemnych relacji między dostępem, jakością, bezpieczeństwem, kosztami, alokacją zasobów, odpowiedzialnością, otoczeniem opieki, potrzebami społeczności i rolami zawodowymi, ocena wydajności funkcjonowania i organizacji systemu zdrowia/świadczeń zdrowotnych, zapewnianie zgodności z prawem, etyką i standardami jakości, wykorzystując monitoring systemu, promowanie nawiązywania sojuszy w celu rozszerzenia społeczności i uczestnictwa społeczności w organizacjach zdrowia zarówno na poziomie krajowym, jak i globalnym;
- Kadry medyczne – wykazanie umiejętności zoptymalizowania personelu medycznego w sytuacjach krytycznych, tj. niedoborów, zakres praktyki, skill mix, licencjonowanie;
- Zdrowie skoncentrowane na osobie – skuteczne rozpoznawanie oraz promowanie pacjentów i ich rodzin, włączanie jednostek, rodzin i społeczności

jako partnerów do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, tworzenie procesów, szanowanie różnic kulturowych i oczekiwań;

- Zdrowie publiczne – ustalanie celów i zadań do poprawy wyników zdrowotnych, obejmujących zrozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia i środowiska społeczno-gospodarczego, w którym organizacja funkcjonuje, zarządzanie ryzykiem, zagrożeniami i uszczerbkiem na zdrowiu podczas katastrof i/lub w sytuacjach awaryjnych, rozpoznając lokalne implikacje globalnych wydarzeń zdrowotnych, zrozumienie globalnych sieci i ich wpływu na stan zdrowia populacji.

Piątą krytyczną domeną są kompetencje biznesowe, w których może być uwzględnione:

- Zarządzanie ogólne – wykazanie się wiedzą na temat podstawowych praktyk biznesowych, gromadzenie odpowiednich danych i informacji oraz analizowanie i ocena informacji wspierających lub podejmowanie skutecznych decyzji lub zaleceń;
- Prawa i regulacje – przestrzeganie prawa i przepisów mających zastosowanie w pracy organizacji;
- Zarządzanie finansami – znajomość zasad rachunkowości i narzędzi zarządzania finansami, tj. plany finansowe i mierniki wydajności, planowanie, organizowanie, wykonywanie i monitorowanie zasobów organizacji do zapewnienia optymalnych wyników zdrowotnych i jakości oraz kontrola kosztów;
- Zarządzanie zasobami ludzkimi – zapewnienie przywództwa w definiowaniu ról personelu oraz obowiązków, wypracowanie odpowiedniego systemu klasyfikacji pracy/oceny i planowania zasobów ludzkich, efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi;
- Dynamika organizacyjna i zarządzanie – wykazywanie się wiedzą na temat rządu, regulacji, zawodowych i akredytacyjnych agencji i rola przywództwa wewnątrz struktury zarządzania, interpretacja porządku publicznego,

ustawodawstwa i orzecznictwa w organizacji, zarządzanie w ramach struktury organizacji, tworzenie i utrzymywanie systemu zarządzania, które zapewnia odpowiedni nadzór organizacji;

- Planowanie strategiczne i marketing – prowadzenie i opracowanie kluczowych dokumentów planistycznych, w tym planów strategicznych, planów usług biznesowych i uzasadnienia dla nowych usług, planowanie ciągłości biznesowej w obliczu katastrof, które mogą zakłócić świadczenie usług, rozwój i monitorowanie jednostki operacyjnej, ustalanie celów operacyjnych, które są zgodne z misją i celami strategicznymi, stosowanie zasad i narzędzi marketingowych do rozwoju odpowiedniego marketingu do potrzeb społeczności, oceniając, czy proponowane działanie jest zgodne z biznesem/strategią;
- Zarządzanie informacjami – używanie zestawów danych do oceny wyników, ustalanie celów, monitorowanie wskaźników i trendów, określenie, czy dane wyniki są spełnione, zapewnienie optymalnego wykorzystania informacji i trendów w organizacji poprzez użycie wywiadu gospodarczego, informacji systemów zarządczych, klinicznych i biznesowych, promowanie efektywnego zarządzania, analiz i przekazywanie informacji zdrowotnych;
- Zarządzanie ryzykiem – efektywne wykorzystanie zasad i programów zarządzania ryzykiem;
- Poprawa jakości – rozwijanie i wdrożenie zapewnienia jakości, satysfakcji i programów bezpieczeństwa pacjentów zgodne z krajowymi inicjatywami dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa pacjentów, opracowywanie i śledzenie wskaźników do pomiaru jakości wyników, satysfakcja i bezpieczeństwo pacjenta, planowanie ciągłego doskonalenia;
- Myślenie systemowe – rozumienie współzależności, integracji i konkurencji między sektorami opieki zdrowotnej, uwzględniając dostęp, jakość, koszty, alokację zasobów, odpowiedzialność i potrzeby społeczności;
- Zarządzanie łańcuchem dostaw – efektywne zarządzanie łańcuchem dostaw w celu osiągnięcia terminów i efektywności nakładów, materiałów,

magazynowania i dystrybucji, aby dostawy dotarły do użytkownika w opłacalny sposób.

W 2013 roku liderzy organizacji reprezentujących rząd, sektor prywatny, stowarzyszenia ochrony zdrowia i instytucje akademickie spotkali się, aby odpowiedzieć na wyzwanie, polegające na zwiększeniu rozpoznawalności i promowaniu profesjonalizacji zarządzania ochroną zdrowia na świecie poprzez opracowanie globalnego katalogu kompetencji. Ukończony w 2015 roku katalog przedstawia podstawowe kompetencje wymagane od menedżerów opieki zdrowotnej niezależnie od stanowiska, miejsca czy kraju¹⁴. Wspólną wartością wszystkich uczestników jest profesjonalizacja przywództwa i zarządzania systemami zdrowotnymi na całym świecie.

W celu promowania Globalnego Katalogu Kompetencji, a tym samym wzmocnienia przywództwa menedżerów poprzez pomiar potencjalnych ulepszeń powstała platforma online dostępna bezpłatnie dla każdego pracownika ochrony zdrowia na stanowisku kierowniczym. Narzędzie to działa jako przewodnik dla menedżerów opieki zdrowotnej w planowaniu, opracowywaniu i wdrażaniu konkretnych kroków w ich karierze zawodowej poprzez ciągły rozwój zawodowy. Narzędzie składa się z dwuetapowej ankiety obejmującej 80 pytań wielokrotnego wyboru, po jednym dla każdej kompetencji.

Do zbierania odpowiedzi użytkowników przygotowano dwie różne pięciopunktowe skale, które są używane w każdej ankiecie dodatkowej. Obie to standardowe skale pięciopunktowe. Skala trafności wynosi od 1 = nie dotyczy mojej obecnej pozycji w mojej obecnej organizacji do 5 = bardzo istotne dla mojej obecnej pozycji w mojej obecnej organizacji. Skala kompetencji indywidualnych wykorzystuje model Dreyfusa, zaczynając od 1 = nowicjusz; 2 = zaawansowany początkujący; 3 = kompetentny; 4 = biegły; i 5 = ekspert. Uznano, że każda z 80 kompetencji jest ważna dla umiejętności menedżera opieki zdrowotnej, dlatego badanie nie pozostawia opcji „nie dotyczy” w żadnej skali. Ćwiczenie zostało pomyślane jako kompleksowa ocena poziomu umiejętności danej osoby na podstawie

¹⁴ IHF (2015), *Leadership Competencies for Healthcare Services Managers*, International Hospital Federation). (dostęp: 26.11.2020) https://www.ache.org/-/media/ache/about-ache/leadership_competencies_healthcare_services_managers.pdf

80 kompetencji w ramach globalnego katalogu kompetencji¹⁵. Celem jest określenie potencjalnych luk w kompetencjach wymagających poprawy. Dzięki dwóm punktom użytym do zakwalifikowania każdej kompetencji, raport końcowy zapewnia szybką wizualizację każdej luki w kompetencjach. Na przykład, jeśli użytkownik końcowy uznał „Zarządzanie zasobami ludzkimi” jako „bardzo istotne” na jego obecnym stanowisku, ale przyznał, że jest tylko „kompetentny”, raport wskazywałby na potrzebę poprawy tej kompetencji.

Konsolidując wyniki od innych użytkowników, platforma dostarcza obiektywny raport porównawczy w czasie rzeczywistym. Użytkownicy mogą zatem spojrzeć na rówieśników (według funkcji, stanowiska, doświadczenia zawodowego lub lokalizacji) i porównać odpowiedzi dla każdej kompetencji. Może to zachęcić do autorefleksji, na przykład „Czego mogę się nauczyć z tego wyniku?”. Platforma zapewnia anonimowe porównanie między osobami w oparciu o indywidualne informacje profilowe wymagane do otwarcia konta użytkownika.

Kolejnym modelem jest NCHL Health Leadership Competency Model, opracowany w celu zapewnienia w tej dziedzinie wszechstronnego, zweryfikowanego modelu kompetencji, który będzie odpowiedni jako podstawa dla szerokiego zakresu zastosowań oceny przywództwa i rozwoju. NCHL jest organizacją non-profit, która działa na rzecz zapewnienia wysokiej jakości, odpowiedniego i odpowiedzialnego przywództwa, aby sprostać potrzebom opieki zdrowotnej XXI wieku. Wizją tej organizacji jest optymalizacja zdrowia publicznego poprzez przywództwo i doskonałość organizacyjną. Tworząc model kompetencji, wykorzystano interdyscyplinarnych ekspertów w danej dziedzinie, aby zapewnić przydatność liderom z różnych dyscyplin. Wynikowy model został zaadaptowany do szerokiego stosowania w placówkach opieki zdrowotnej i zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez CAHME jest obecnie wiodącym modelem stosowanym przez akredytowane programy dla absolwentów w zarządzaniu opieką zdrowotną. Początkowo model kompetencji NCHL zawierał trzy domeny:

1. Transformacja – orientacja na osiągnięcia, myślenie analityczne, orientacja społeczna, orientacja strategiczna, innowacyjne myślenie.

¹⁵ Hahn C.A., Gil Lapetra M. (2019), *Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment*. Front Public Health. 2019; 7:34, doi:10.3389/fpubh.2019.00034.

2. Realizacja – odpowiedzialność, współpraca, komunikacja, inicjatywa, świadomość organizacyjna.

3. Ludzie – zarządzanie zasobami ludzkimi, profesjonalizm, budowanie relacji, samorozwój i rozwój talentów, przywództwo w zespole¹⁶.

Obecnie model ten został zmieniony i rozszerzony. Zorganizowany jest wokół czterech obszarów „działań” (ang. *action*) i trzech obszarów kompetencji „wspomagających” (ang. *enabling*), które wywodzą się z aktualnego stanu wiedzy w zakresie rozwoju przywództwa i badań wydajności. Domeny „działania” obejmują kompetencje istotne dla bezpośredniej pracy liderów na danym stanowisku. Obejmują one: wykonanie, relacje i transformację, które są równoległymi domenami we wcześniejszych wersjach modelu. Domeny „wspomagające” obejmują podstawową wiedzę zawodową i kompetencje samoświadomości, które wzmacniają skuteczność domen „działania”. Obejmują one: znajomość systemu ochrony zdrowia i umiejętności biznesowe, samoświadomość i samorozwój oraz wartości. Domeny te reprezentują lidera w kontekście ich przygotowania i rozwoju, aby skutecznie przewodzić w swojej organizacji. Model obejmuje 28 podstawowych kompetencji, z których każda zawiera opisy zachowań na różnych poziomach zaawansowania. Struktura domeny została zaprojektowana w taki sposób, aby zapewnić przyjazny dla użytkownika przewodnik, który może pomóc praktykom najpierw ustalić priorytety rozwoju na wysokim poziomie, a następnie wybrać konkretne kompetencje, na których należy się skupić, aby wzmocnić ich możliwości w tej dziedzinie¹⁷.

Badania nad kompetencjami są stale prowadzone i rozwijane. Jako najbardziej pożądane kompetencje w perspektywie najbliższych 10 lat Oxford Economics¹⁸ wymienia (cyfry w nawiasach wskazują na częstość wskazań respondentów):

a. Umiejętności cyfrowe (*Digital skills*), na które składają się:

¹⁶ Krawczyk-Sołtys A. (2019), *Kompetencje menedżerskie w kształtowaniu kompetencji organizacyjnych jednostek ratownictwa medycznego w świetle badań*, Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów/Szkoła Główna Handlowa, 2019, z. 175, s. 95-104 (dostęp: 26.11.2020) <https://econjournals.sgh.waw.pl/SiP/article/download/949/840>.

¹⁷ NCHL, *NCHL Health Leadership Competency Model*, National Center for Healthcare Leadership (dostęp: 26.11.2020) <https://www.nchl.org/page?page=272>

¹⁸ Oxford Economics, *Global talent 2021. How the new geography of talent will transform human resource strategies*, (dostęp: 26.11.2020) <https://www.oxfordeconomics.com/Media/Default/Thought%20Leadership/global-talent-2021.pdf?fbclid=IwAR1aPZT-fEcVXwkK81mxyWxXnpn1HDhEnj2TqzIZY-6GPdtoZpSAEGWUa4U>

biznesowe umiejętności cyfrowe (50,6%), umiejętności pracy w zespołach wirtualnych (44,9%), rozumienie firmowych systemów IT (40,1%), umiejętności projektowania cyfrowego (*digital design skills*) (35,2%), umiejętności korzystania z mediów społecznościowych (29,3%);

b. „Zwinne” myślenie¹⁹ (*Agile thinking skills*), na które składają się:

umiejętności przewidywania i przygotowania się na wiele scenariuszy (54,8%), innowacyjność (46,0%), radzenie sobie ze złożonością i wieloznacznością (42,9%), zarządzanie paradoksami i różnymi perspektywami (40,9%), umiejętność widzenia „dużego obrazka” (15,3%);

c. Umiejętności interpersonalne i komunikacyjne (*Interpersonal and communication skills*), składające się z następujących umiejętności:

pracy kreatywnej w zespole (48,3%), budowania relacji z klientami (47,4%), budowania zespołów (w tym wirtualnych) (44,9%), współpracy (30,4%), komunikacji werbalnej i pisemnej (29,0%);

d. Umiejętności zarządzania na poziomie globalnym (*Global operating skills*), na które składają się:

umiejętności zarządzania różnorodnymi pracownikami (49,1%), znajomość rynków międzynarodowych (45,7%), możliwość pracy w różnych lokalizacjach (37,5%), znajomość języków obcych (36,1%), wrażliwość kulturowa (31,5%).

Inną teorię klasyfikującą kompetencje menedżerskie kadry medycznej w ochronie zdrowia przedstawiło brytyjskie National Health Service (NHS) w swoim Healthcare Leadership Model. Koncepcja ta przedstawia wartości, jakimi przywódcy powinni się kierować i proponuje pytania, które liderzy powinni zadać sobie w celu autorefleksji i określenia, na jakim poziomie zaawansowania liderzy demonstrują te wartości. Model opiera się na produkowaniu efektywniejszych zachowań przywódczych dzięki rozwojowi samoświadomości, samokontroli, determinacji i elastyczności. Wśród wartości znalazły się: przewodzenie (motywowanie) z troską o pracowników, inspirowanie wspólnym celem, szerzenie wizji, angażowanie zespołu, wpływanie na wyniki, ewaluacja informacji, łączenie

¹⁹ Jest to umiejętność świadomej zmiany sposobu myślenia, jeśli wymaga tego sytuacja.

usług NHS, wymaganie odpowiedzialności i rozwijanie potencjału. Każdą z nich można określić na jednym z czterech poziomów: niezbędny, biegły, solidny, wzorcowy²⁰.

Swoje koncepcje i modele kompetencji zaproponowało także wiele innych grup badaczy, zatem mnogość teorii klasyfikujących kompetencje leaderskie jest ogromna. Większość z wymienianych w nich kompetencji i elementów zachowań jest wspólna. W ramach autorskiej analizy określono, iż do tych kluczowych kompetencji należą:

- efektywna komunikacja,
- budowanie relacji, nawiązywanie partnerstw,
- inteligencja emocjonalna,
- zarządzanie zmianą,
- innowacyjność,
- tworzenie wizji i kultury organizacyjnej,
- samorozwój i samoświadomość,
- znajomość sektora ochrony zdrowia oraz organizacji,
- podstawowe umiejętności biznesowe,
- zarządzanie finansami,
- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- planowanie strategii,
- poprawa jakości.

Wiele dotychczasowych badań dotyczących opisywanej w raporcie tematyki skupia się na stworzeniu koncepcji lub narzędzi, które mogłyby mierzyć posiadane przez kadrę zarządzającą kompetencje, a nie na samym pomiarze i wnioskach z niego płynących.

Jednym z najnowszych dostępnych zwalidowanych narzędzi pozwalających na pomiar kompetencji kadry zarządzającej w ochronie zdrowia jest model MCAP (*Managerial Competency Assessment Project*) stworzony przez Lianga na podstawie jego wieloletnich badań nad kadrą zarządzającą w ochronie zdrowia w Australii. Model ten, oprócz

²⁰ Academy NHSL. *Healthcare leadership model: NHS Leadership Academy Leeds*; 2013 [dostęp: 11.12.2020]; <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf>.

identyfikacji kompetencji kluczowych dla kadry zarządzającej, zawiera także elementy zachowania, które umożliwiają pomiar tychże kompetencji^{21 22 23}. Liang wyróżnia sześć kompetencji zarządczych, do pomiaru których wykorzystuje 79 elementów zachowań:

- Podejmowanie decyzji w oparciu o dowody;
- Zarządzanie zasobami, operacjami i finansami, administracja;
- Znajomość sektora oraz organizacji, wykorzystanie wiedzy w działaniach prawnych i jakościowych;
- Umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, zarządzanie relacjami;
- Przewodzenie ludziom i organizacji;
- Umożliwienie i zarządzanie zmianą.

Poszczególne elementy zachowań mogą zostać ocenione przez ankietowanego menedżera na skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza brak kompetencji (brak zrozumienia dla wymagań i nieumiejętność aplikacji zachowania w pracy), a 7 to ekspertyza, uczenie innych tej umiejętności (duże doświadczenie, zawsze prawidłowe zastosowanie umiejętności w roli, możliwość uczenia innych tej umiejętności). Zwraca on jednak uwagę na to, że kompetencje lidarskie i menedżerskie są zależne od kontekstu ich wykorzystania. Nie wszystkie kompetencje i elementy zachowań będą równie ważne dla każdego kraju lub poziomu stanowiska.

E. Kakemam i współpracownicy porównali 11 badań dotyczących kompetencji kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia, opublikowanych w latach 2013-2019 do modelu proponowanego przez Lianga. Zawierają one kompetencje i elementy zachowań potwierdzające słuszność modelu MCAP. Na podstawie przeglądu systematycznego i mapowania, badacze sugerują jednak, aby profesjonalizm nie był tylko elementem zawierającym się w kompetencjach kluczowych jak to ma miejsce u Lianga, ale był

²¹ Liang, Z., Howard, P. F., Koh, L. C., & Leggat, S. (2013). *Competency requirements for middle and senior managers in community health services*. Australian Journal of Primary Health, 19(3), 256-263.

²² Liang, Z., Leggat, S. G., Howard, P. F., & Koh, L. (2013). *What makes a hospital manager competent at the middle and senior levels?* Australian Health Review, 37(5), 566-573.

²³ Liang, Z., Howard, P. F., Leggat, S., & Bartram, T. (2018). *Development and validation of health service management competencies*. Journal of health organization and management, J Health Organ Manag. 2018 Apr 9;32(2):157-175. doi: 10.1108/JHOM-06-2017-0120. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29624143.

traktowany jako osobna kompetencja, którą powinni posiadać pracownicy kadry zarządzającej²⁴.

3. Charakterystyka badania

3.1. Cel badawczy

Kryzys związany z pandemią COVID-19 dotyka pracodawców i pracowników na całym świecie, a w szczególności sektor ochrony zdrowia, który walczy z nim na pierwszej linii frontu. Trudne sytuacje wymagają nowych umiejętności od pracowników, ale i wymuszają zmianę priorytetyzacji kompetencji wśród kadry zarządzającej. Liderzy w takich okresach powinni kształcić kompetencje i wzmacniać swoje role jako osób nadających sens trudnej sytuacji i oferujących wsparcie swoim pracownikom. W momencie kryzysu powinni korzystać z innowacyjnych metod komunikacji. Powinni potrafić dostosować się do nowych warunków i umożliwiać pracownikom korzystanie z nowych technologii. Odgrywają szczególną rolę w zapewnieniu dobrego samopoczucia pracowników i obniżenia poziomu ich stresu. Ich ważnym zadaniem jest także zapewnienie finansowej stabilności organizacji²⁵.

Uwzględniając powyższe uwarunkowania cel główny niniejszego badania naukowego dotyczył **określenia deficytów w kompetencjach kadr zarządzających w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19.**

²⁴ Kakemam, E., Liang, Z., Janati, A., Arab-Zozani, M., Mohaghegh, B., & Gholizadeh, M. (2020). *Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis*. Journal of healthcare leadership, 12, 59-68.

²⁵ Dirani, K. M., Abadi, M., Alizadeh, A., Barhate, B., Garza, R. C., Gunasekara, N., Majzun, Z. (2020), *Leadership competencies and the essential role of human resource development in times of crisis: a response to COVID-19 pandemic*. Human Resource Development International, 23(4), 380-394. doi:10.1080/13678868.2020.1780078.

3.2. Pole badawcze

Z uwagi na istotę problemu badawczego pole badawcze obejmowało kadrę zarządzającą zarówno w stacjonarnych, jak i w ambulatoryjnych podmiotach leczniczych w Polsce. W badaniu wykorzystano metodę celowego doboru próby. Do badania zostali zaproszeni menedżerowie piastujący poniższe stanowiska:

- Prezes,
- Członek Zarządu,
- Dyrektor,
- Kierownik,
- Oddziałowy/Oddziałowa,
- Ordynator,
- Koordynator.

3.3. Narzędzie badawcze

Zdecydowana większość literatury i badań opisujących kompetencje zajmuje się opisywaniem ich w warunkach normalnych, nie kryzysowych, jak ma to miejsce podczas pandemii COVID-19. Zidentyfikowane artykuły naukowe posłużyły do stworzenia autorskiego narzędzia do identyfikacji luk kompetencyjnych kadry zarządzającej sektora ochrony zdrowia w sytuacji kryzysu spowodowanego COVID-19.

Autorski kwestionariusz ankiety przeznaczony dla kadr zarządzających w placówkach medycznych różnej wielkości został skonstruowany z wykorzystaniem domen modelu Healthcare Leadership Alliance (HLA), na podstawie których zostało wyróżnionych 5 obszarów (domen) kompetencji:

- Zarządzanie zespołem i komunikacja;
- Profesjonalizm i społeczna odpowiedzialność;
- Przywództwo i zarządzanie zmianą (zarządzanie kryzysem, wdrażanie innowacji);

- Znajomość organizacyjno-prawnych aspektów systemu ochrony zdrowia;
- Umiejętności zarządzania i organizacji pracy placówki.

Zawarte w kwestionariuszu ankiety pytania dotyczą zagadnień związanych ze zidentyfikowanymi obszarami kompetencji. Szczególna uwaga została poświęcona zarządzaniu zmianą i kryzysem oraz komunikacji, jako ważnym kompetencjom w czasie kryzysu, jakim jest pandemia COVID-19.

Przegląd piśmiennictwa do budowy autorskiego narzędzia został przeprowadzony przy użyciu bazy EMBASE (Medline) z wykorzystaniem słów kluczowych „healthcare management”, „competencies”, „skills”, „measurement”, „assessment”. Do przeglądu zostały włączone artykuły w języku angielskim, opublikowane po 2015 roku oraz wybrane publikacje z bibliografii artykułów kluczowych. Włączone do przeglądu artykuły zostały przeanalizowane pod kątem identyfikacji kompetencji kluczowych dla kadry zarządzającej oraz elementów zachowania, które mogą zostać użyte do opisanie lub zmierzenia poszczególnych kompetencji i ich deficytów.

Autorski kwestionariusz ankiety został przedstawiony w Aneksie.

3.4. Metodyka badania

Niniejsze badanie miało charakter teoretyczno-empiryczny. Proces badawczy składał się z poniżej omówionych etapów:

1. Analiza teoretyczna

Analiza literatury przedmiotu przygotowana została w oparciu o studium literatury krajowej i zagranicznej, a także danych statystycznych systemu i sektora ochrony zdrowia oraz w zakresie teorii kompetencji społecznych i deficytów kompetencyjnych kadry zarządzającej w sektorze zdrowotnym. Metoda ta miała charakter analizy danych zastanych.

2. Badanie ankietowe

Wykorzystaną techniką badawczą był kwestionariusz ankiety wspomagany komputerowo (CAWI). Kwestionariusz został udostępniony na platformie do prowadzenia badań online.

Wybór techniki CAWI podyktowany był silnym rozproszeniem próby badawczej w licznych podmiotach leczniczych w Polsce oraz chęcią zapewnienia badanym większego komfortu, co powinno pozwolić na uzyskanie bardziej szczerych odpowiedzi.

Badanie miało na celu określenie poziomu deficytów kompetencji kadry zarządzającej. Zostało przeprowadzone w okresie grudzień 2020 – styczeń 2021. Każdy z respondentów otrzymał mailowe zaproszenie do udziału w badaniu. Zaproszenie zawierało zindywidualizowany link, dzięki czemu otrzymano pewność, że każdy badany wypełni kwestionariusz tylko jeden raz.

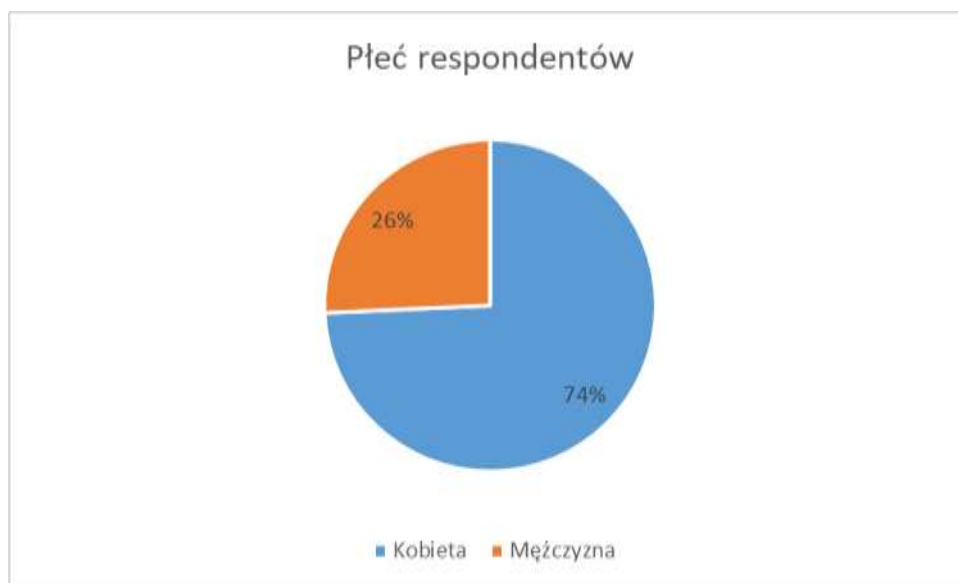
Przez cały okres realizacji badania trwał jego monitoring. Polegał on na śledzeniu postępu wypełniania kwestionariuszy i podejmowaniu działań, mających na celu realizację badania na pełnej próbie. Respondenci otrzymywali więc mailowe przypomnienia o możliwości wypełnienia kwestionariusza, a także informacje przekazywane osobiście przez zespół badawczy.

4. Wyniki

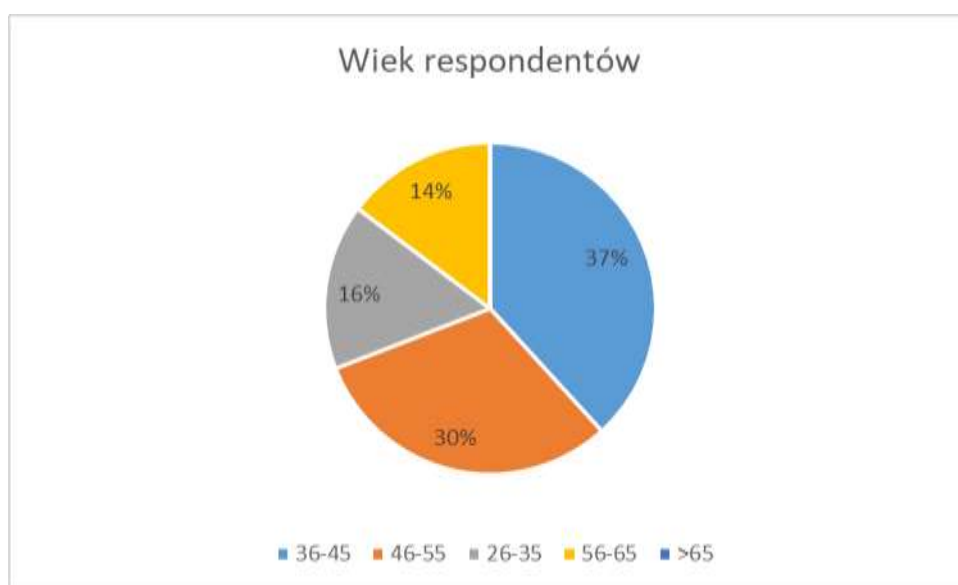
Analiza kwestionariuszy ankiet w zakresie kompetencji menedżerskich kadr zarządzających w placówkach leczniczych w dobie pandemii COVID-19

BLOK 1. Metryczka

Do badania przystąpiło 70 respondentów. Kobiety stanowiły 74% badanej grupy. Najlicniejszą grupą wiekową (37%) były osoby w przedziale 36-45 lat, a następnie 46-55 lat (30%). Najmłodsza grupa – 26-35 lat – była reprezentowana przez 16% badanych, nieco mniej (14%) stanowiły natomiast osoby w przedziale 56-65 lat.

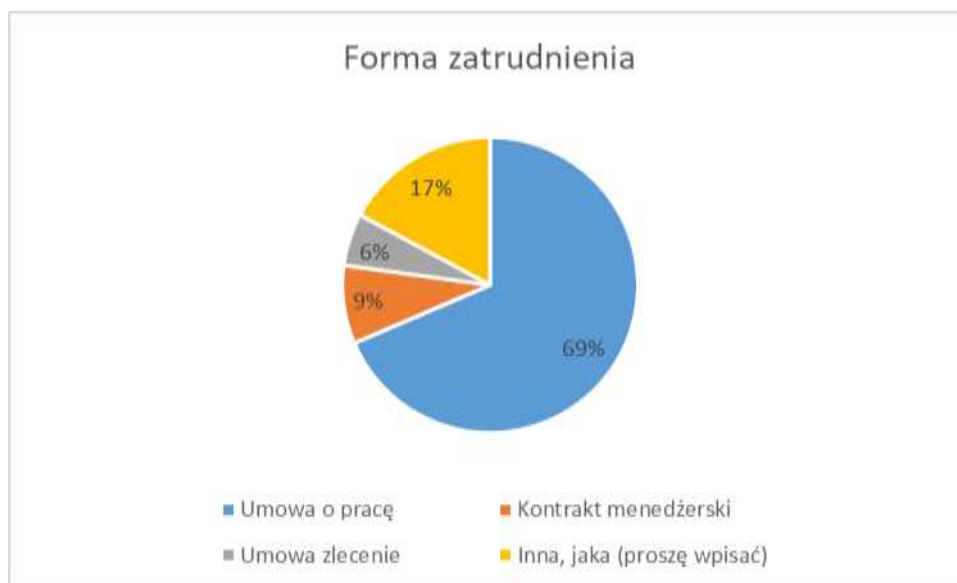


Źródło: Opracowanie własne



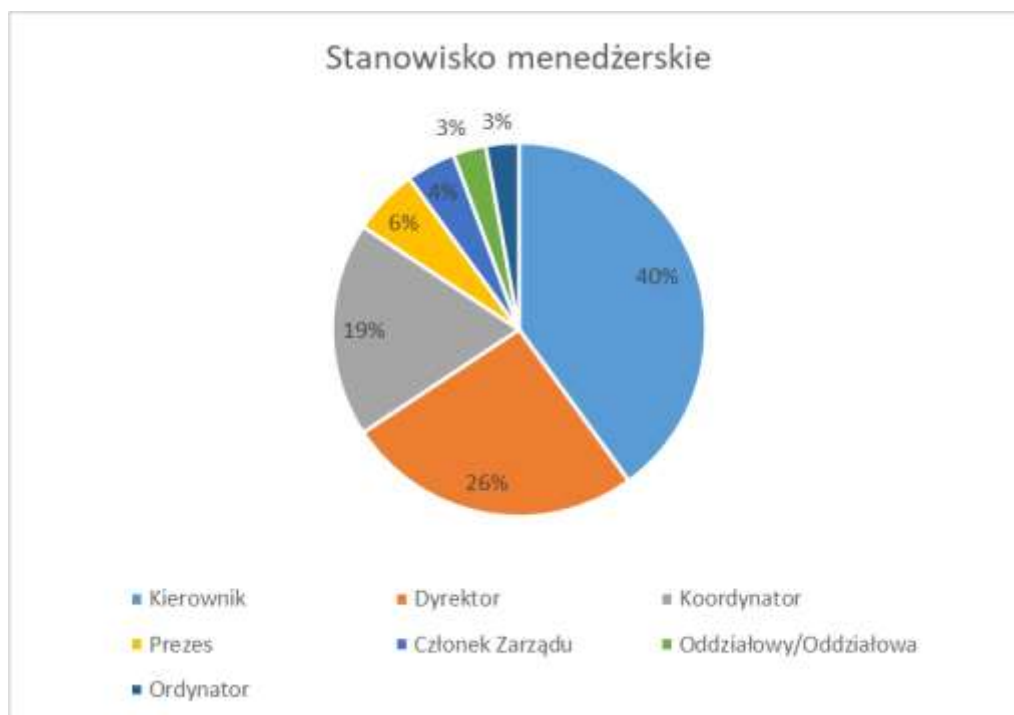
Źródło: Opracowanie własne

Patrząc na sytuację zatrudnienia badanej grupy zdecydowana większość zaznaczyła, że pracuje na umowę o pracę (69%). Tylko 9% respondentów pracuje w ramach kontraktu menedżerskiego, a 6% – umowy zlecenia. Dość spora część badanych wybrała inną formę, wskazując przede wszystkim na własną działalność gospodarczą.



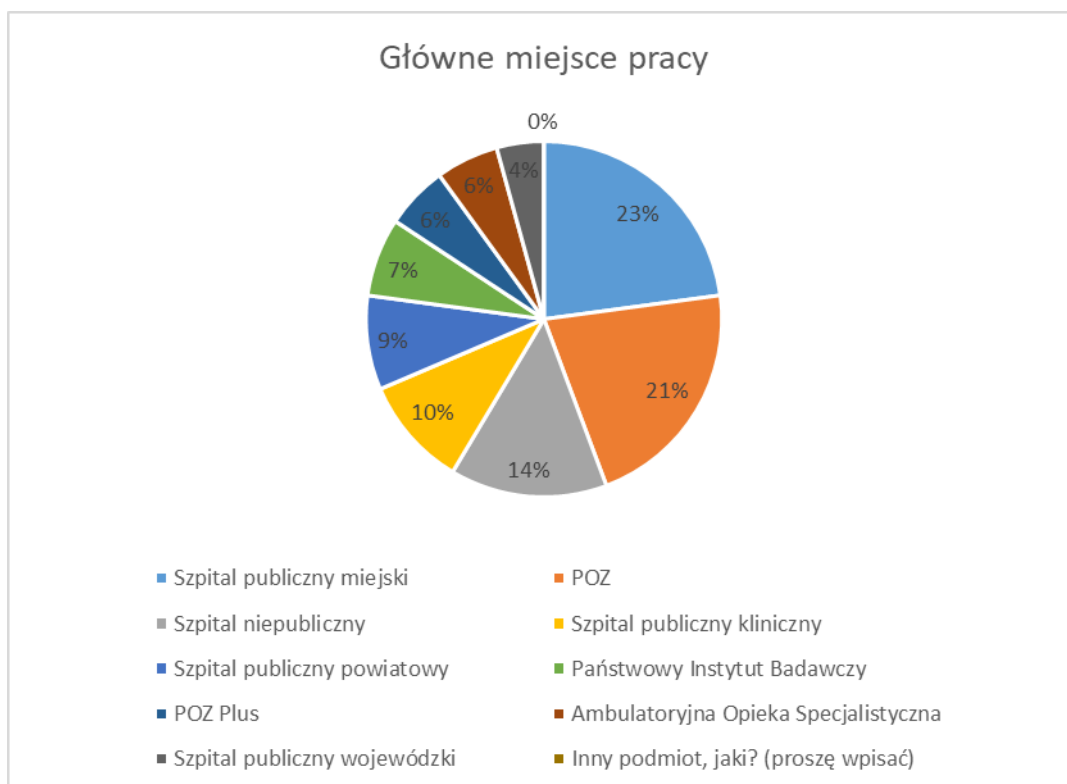
Źródło: Opracowanie własne

Spośród wymienionych stanowisk menedżerskich, badana grupa najczęściej wybierała stanowisko kierownika (40%), następnie dyrektora (26%), koordynatora (19%). Znacznie rzadziej wybierane były stanowiska: prezesa (6%), członka zarządu (4%), a także ordynatora czy oddziałowego/oddziałowej (po 3%). Średni staż pracy ankietowanych wyniósł 20 lat, natomiast na stanowisku kierowniczym 9,5 roku.



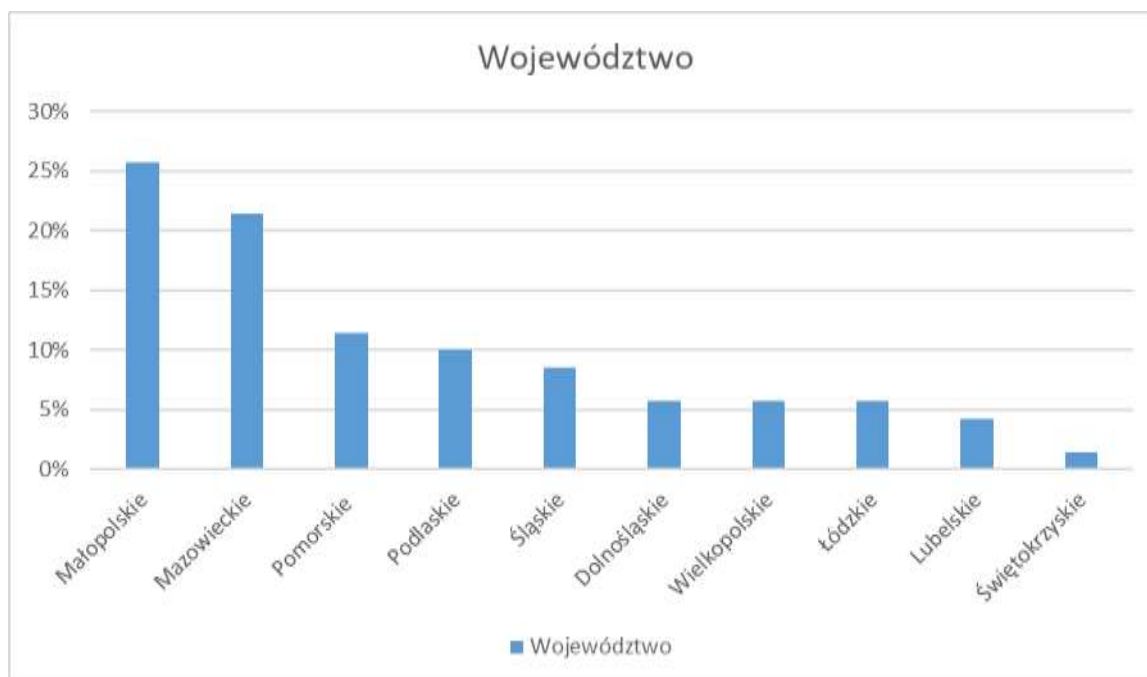
Źródło: Opracowanie własne

Głównym miejscem pracy dla dużej części respondentów (48%) jest szpital publiczny (w tym miejski, kliniczny, powiatowy, wojewódzki), a dalej POZ (21%), szpital niepubliczny (14%) Państwowy Instytut Badawczy (7%), AOS i POZ Plus (po 6%). Jednak 4% ankietowanych wskazało inny podmiot, wśród których najczęściej pojawiały się odpowiedzi: prywatna placówka medyczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, sanatorium uzdrowiskowe.

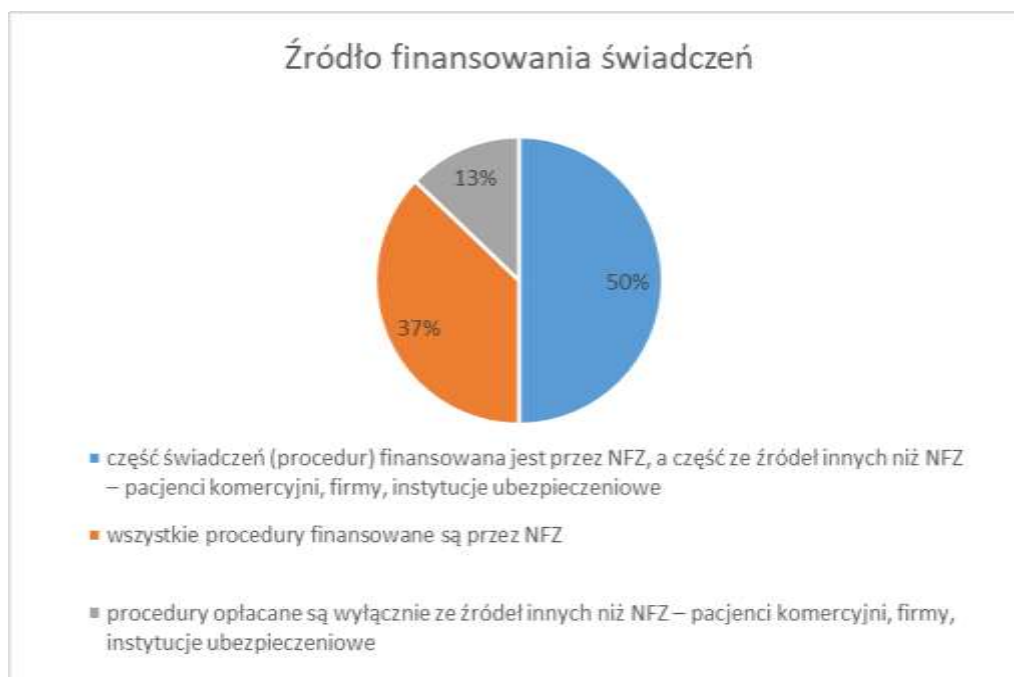


Źródło: Opracowanie własne

Najwięcej ankietowanych pracuje w Warszawie i Krakowie. W skali województwa respondenci najliczniej reprezentowali województwa: małopolskie, mazowieckie, pomorskie, podlaskie, śląskie, dolnośląskie, wielkopolskie, łódzkie i lubelskie.



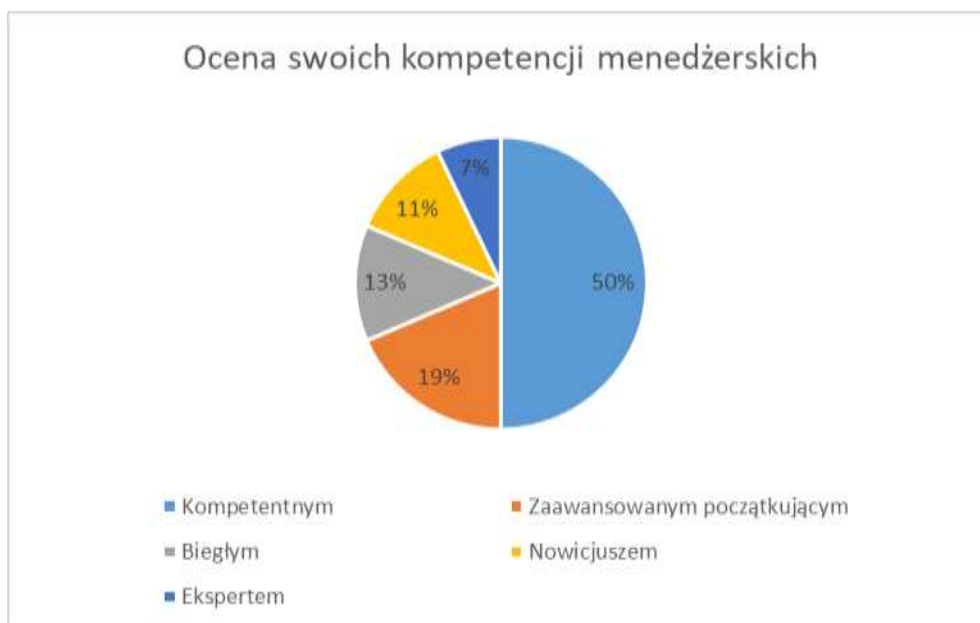
Dokładnie połowa podmiotów, dla których pracują respondenci to podmioty, w których część świadczeń (procedur) finansowana jest przez NFZ, a część z innych źródeł (pacjenci komercyjni, firmy, instytucje ubezpieczeniowe), 37% badanych zarządza podmiotami, gdzie wszystkie procedury finansowane są przez NFZ, natomiast 13% – placówkami, gdzie świadczenia opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (firmy, ubezpieczalnie).



Źródło: Opracowanie własne

Aż 51% respondentów pracuje w placówce, która ma certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W kolejnym pytaniu ankietowani mieli ocenić swoje kompetencje menedżerskie. Dokładnie połowa wybrała bezpiecznie środkową odpowiedź, oceniając siebie jako kompetentnego/kompetentną. Prawie 1/5 respondentów stwierdziła jednak, że są tylko zaawansowanymi początkującymi. 13% uważa siebie za biegłego w tym zakresie, a 11% za nowicjusza. Najmniej, bo tylko 7% oceniło swoje kompetencje najwyżej, wybierając odpowiedź bycia ekspertem. Może świadczyć to zarówno o pewnych brakach, jak i o tym, że zasadniczo trudno jest nam się chwalić i oceniać siebie jako osoby najlepsze (dotyczy to także spraw zawodowych).



Źródło: Opracowanie własne

Następnie respondenci zostali poproszeni o wskazanie, gdzie nabyli umiejętności związane z identyfikacją preferencji i potrzeb pracowników. Ponad połowa (56%) odpowiedziała, że zarówno w trakcie studiów, jak i dodatkowych szkoleń, następnie – 24% badanych osób zaznaczyło, że posiada te kompetencje i rozwija je we własnym zakresie, a 11% wskazało, że jedynie w trakcie dodatkowych szkoleń – zewnętrznych (7%) lub wewnętrznych (4%). Aż 6% odpowiedziało, że nie posiada i nie rozwija takich kompetencji. Tylko 3% badanych wskazało, że swoje kompetencje związane z identyfikacją preferencji i potrzeb pracowników zdobyła wyłącznie w trakcie studiów. Wyniki te są zadowalające, świadczą o stałym podnoszeniu swoich kwalifikacji i o dużym profesjonalizmie badanej grupy.

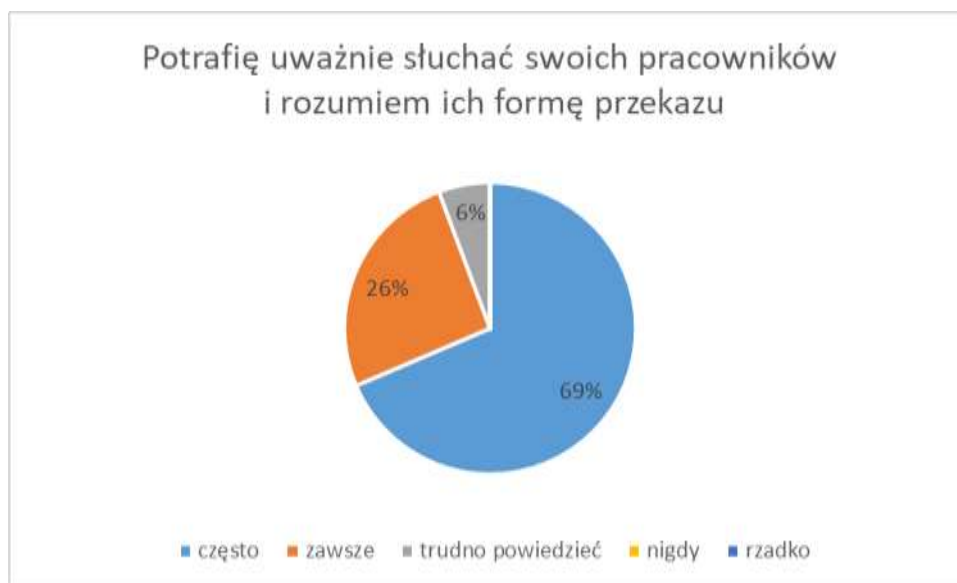


Źródło: Opracowanie własne

BLOK 2. Zarządzanie zespołem i komunikacja

Przechodząc do pytań związanych z zarządzaniem zespołem i komunikacją, respondenci byli proszeni o ocenę swoich kompetencji w tym zakresie, odpowiadając na osiem pytań.

Ankietowani zostali zapytani o to, jak często potrafią uważnie słuchać swoich pracowników i rozumieć ich formę przekazu. Aż 95% przyznało, że nie ma z tym problemu, wybierając odpowiedź ‘często’ (69%) i ‘zawsze’ (26%). Pozostali nie mieli zdania na ten temat, zaznaczając opcję ‘trudno powiedzieć’. Pozytywnie należy odebrać fakt, że żaden z badanych nie wybrał odpowiedzi ‘rzadko’ lub ‘nigdy’, co wskazuje na szerokie kompetencje w tym zakresie badanej grupy.



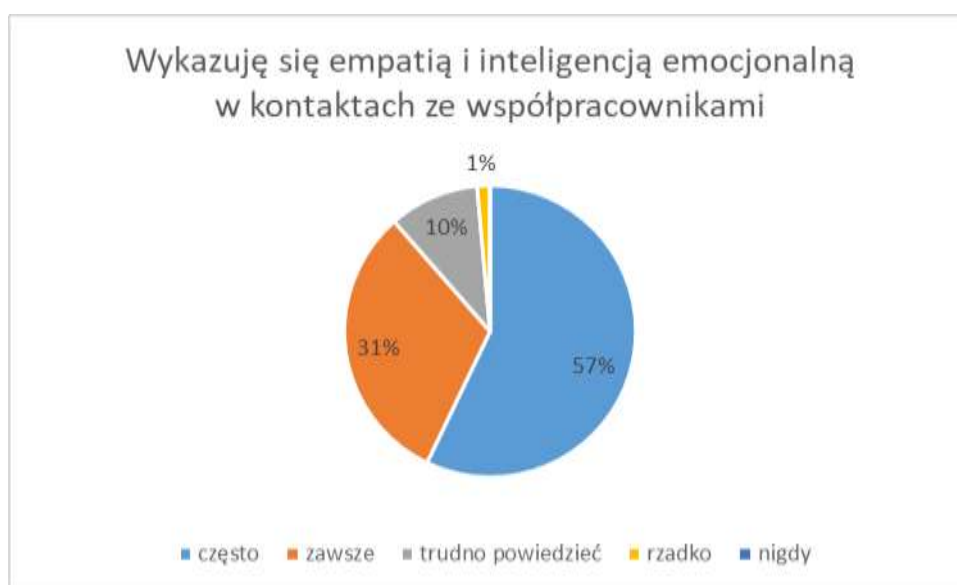
Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu anketowani mieli wskazać, jak często potrafią odpowiednio zareagować na sytuacje stresowe zarówno u siebie, jak i innych pracowników. Również w tym przypadku zdecydowana większość (90%) oceniła się bardzo wysoko, wybierając odpowiedzi 'często' (73%) lub 'zawsze' (17%). Tylko 1% respondentów przyznał, że rzadko potrafi się odpowiednio zachować w takich sytuacjach.



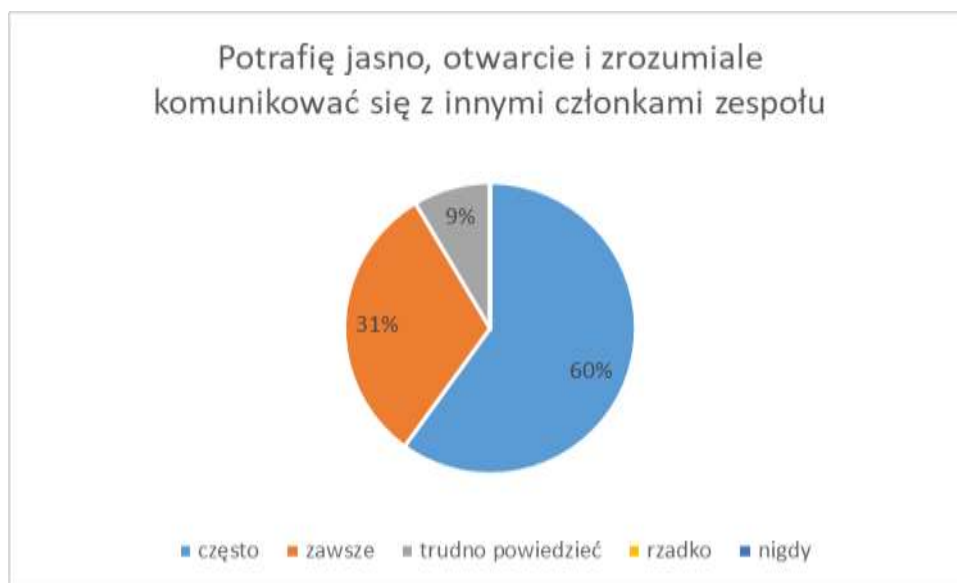
Źródło: Opracowanie własne

Następnie ankietowani odpowiadali na pytanie związane z wykazywaniem się empatią i inteligencją emocjonalną w kontaktach ze współpracownikami. Tu wyniki były bardzo zbliżone do tych uzyskanych w poprzednich pytaniach z tego bloku. Jednak odpowiedź ‘zawsze’ została wybrana aż przez 31% respondentów. Natomiast 57% wykazuje się empatią często. Tylko 1% przyznał się, że ta kompetencja nie jest u niego zbyt dobrze rozwinięta, wybierając opcję ‘rzadko’.



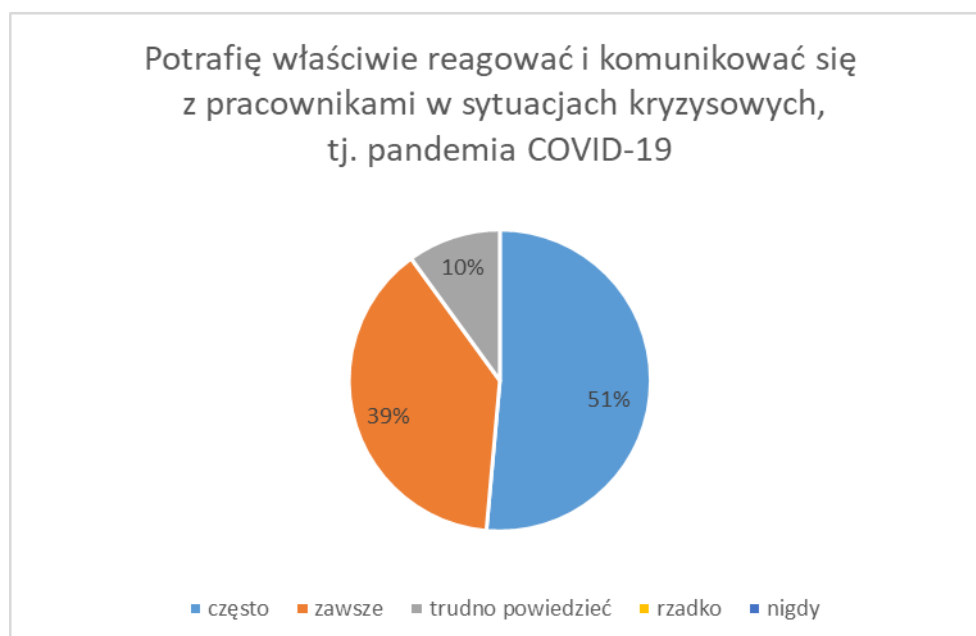
Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu o to, czy ankietowani potrafią jasno, otwarcie i zrozumiale komunikować się z innymi członkami zespołu, również uzyskano bardzo pozytywne odpowiedzi, nikt bowiem nie przyznał się do deficytów w tym zakresie, a 91% zawsze lub często komunikuje się poprawnie ze swoim zespołem.



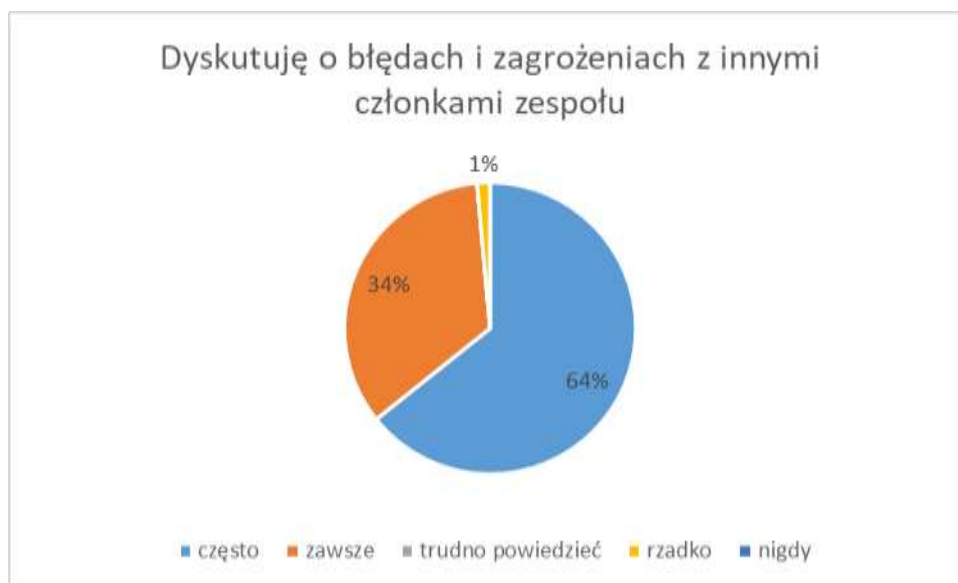
Źródło: Opracowanie własne

Uwzględniając sytuację kryzysową jaką jest niewątpliwie pandemia COVID-19, badani odpowiadali, czy potrafią właściwie reagować i komunikować się z pracownikami. Tu wyniki się w zasadzie nie zmieniły – aż 90% nie ma z tym problemu i wybrała odpowiedź ‘często’ lub ‘zawsze’. Niezdecydowanych było 10%. Nie było odpowiedzi, które wskazywałyby na problemy w tym zakresie.



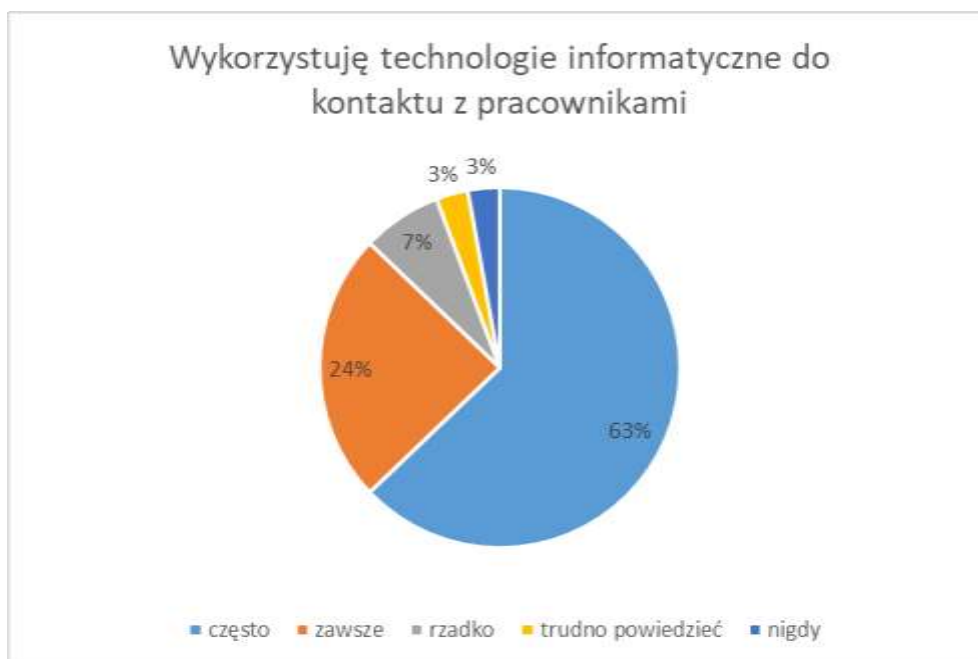
Źródło: Opracowanie własne

Następnie ankietowani wskazywali na częstotliwość dyskusji o błędach i zagrożeniach z innymi członkami zespołu. Tylko 1% przyznał się, że robi to rzadko. Pozostali często (64%) lub zawsze (34%) rozmawiają o tych zagrożeniach ze swoimi pracownikami. Świadczy to o dobrych relacjach w zespołach w badanej grupie.



Źródło: Opracowanie własne

W związku z pandemią COVID-19 w każdej branży zauważamy rozwój kontaktów interpersonalnych poprzez wykorzystanie technologii informatycznych. W przypadku ankietowanych aż 69% przyznało, że często używa nowych technologii w tym celu, a 24% – zawsze. Tylko 10% wskazało, że robi to rzadko lub nigdy. Badana grupa wykazała się więc dużą elastycznością w podejściu do kontaktów z pracownikami, dostosowując się do sytuacji zagrożenia epidemicznego.



Źródło: Opracowanie własne

W ostatnim pytaniu tego bloku ankietowani proszeni byli o wskazanie, czy utrzymują bliskie relacje z różnymi interesariuszami, które umożliwiają im wymianę wiedzy i doświadczeń oraz lepsze przygotowanie placówki na czas kryzysu związanego z pandemią COVID-19. Ponad połowa stwierdziła, że wydaje im się, że tak, a 31% miała co do tego pewność. Tylko 1% przyznał, że nie utrzymuje takich relacji, a 7% wydaje się, że tego nie robią. Pozytywnie należy więc ocenić współpracę badanych menedżerów w ramach wymiany wiedzy i doświadczeń, co wydaje się niezwykle ważne zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych.



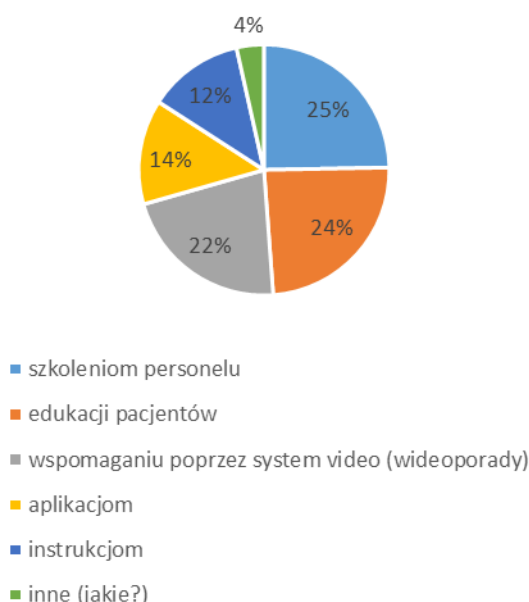
Źródło: Opracowanie własne

BLOK 3. Profesjonalizm i społeczna odpowiedzialność

Kolejny blok dotyczył profesjonalizmu i społecznej odpowiedzialności. Również tutaj ankietowani odpowiadali na 8 pytań w tym temacie.

W pierwszym pytaniu ankietowani mieli za zadanie wskazanie, dzięki czemu można poprawić jakość opieki w ich placówkach poprzez system teleporad. Tu respondenci mogli zaznaczyć więcej odpowiedzi niż jedną – wyniki pokazują, że decydowali się zazwyczaj na wybór dwóch lub trzech. Żadna z odpowiedzi nie uzyskała znaczącej przewagi. ¼ ankietowanych uważa, że jakość opieki w ramach systemu teleporad można poprawić dzięki szkoleniom personelu. Tylko 1% mniej wskazuje na edukację pacjentów. Co piąty respondent twierdzi, że można tego dokonać, wspomagając się systemem video (video-porady). Dalej 14% poprawiłoby jakość swoich usług, dzięki aplikacjom, a 12% – dzięki instrukcjom. W innych odpowiedziach znalazły się: edukacja pracowników czy uwaga o tym, że lekarze nie są zainteresowani teleporadami.

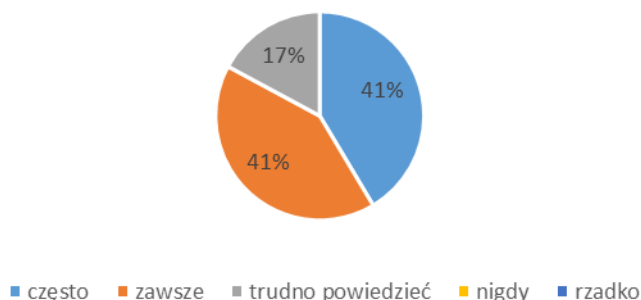
Uważam, że jakość opieki w ramach systemu teleporad
można poprawić dzięki



Źródło: Opracowanie własne

W następnym pytaniu ankietowani mieli wskazać, jak często potrafią właściwie zorganizować pracę podczas pandemii COVID-19 tak, aby przekazywane dane poufne były bezpieczne. Wyniki pokazują, że zdecydowana większość nie ma z tym problemu, stąd odpowiedzi 'zawsze' lub 'często' (po 41%). Jednak aż 17% nie była pewna, czy robi to właściwie. Nikt nie przyznał się, że ma z tym zadaniem jakiś problem.

Potrafię właściwie zorganizować pracę podczas pandemii
COVID-19



Źródło: Opracowanie własne

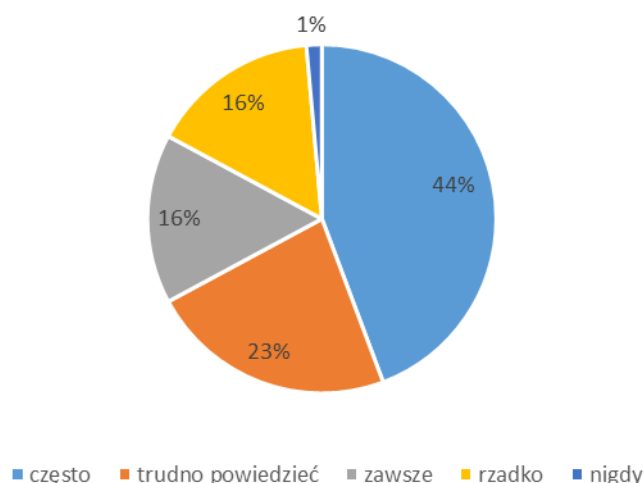
Dalej respondenci mieli odnieść się do tego, jak często potrafią krytycznie spojrzeć na swoje decyzje. Ponownie wyniki wskazują na to, że nie mają oni problemów z tym związanych. Aż 87% przyznała, że potrafi krytycznie spojrzeć na swoje decyzje i robi to często (63%) lub zawsze (24%). 13% badanych miało problem z decyzją, wybierając odpowiedź ‘trudno powiedzieć’.



Źródło: Opracowanie własne

W następnym pytaniu respondenci wskazywali częstotliwość, z jaką analizują wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce. Tutaj wyniki nieco różniły się od tych uzyskanych w poprzednich pytaniach. Nadal najliczniejszą grupą były osoby, które swoje kompetencje w tym zakresie oceniają wysoko, bowiem 44% analizuje wyniki aktualnych badań naukowych często, a 16% robi to zawsze. Jednak aż 17% badanych robi to rzadko lub w ogóle. Spora grupa (16%) nie potrafiła wybrać bardziej konkretnej odpowiedzi, zaznaczając opcję ‘trudno powiedzieć’.

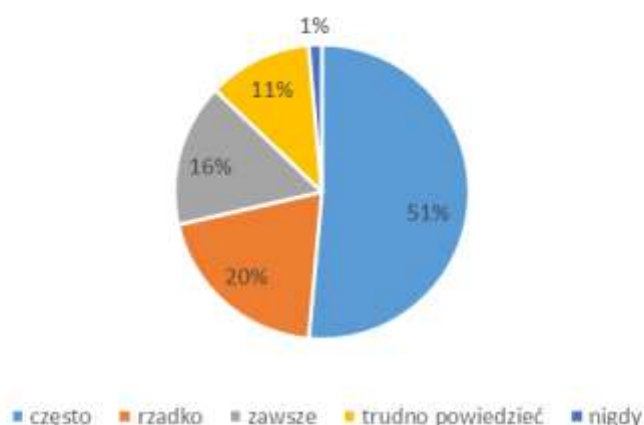
Analizuję wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce



Źródło: Opracowanie własne

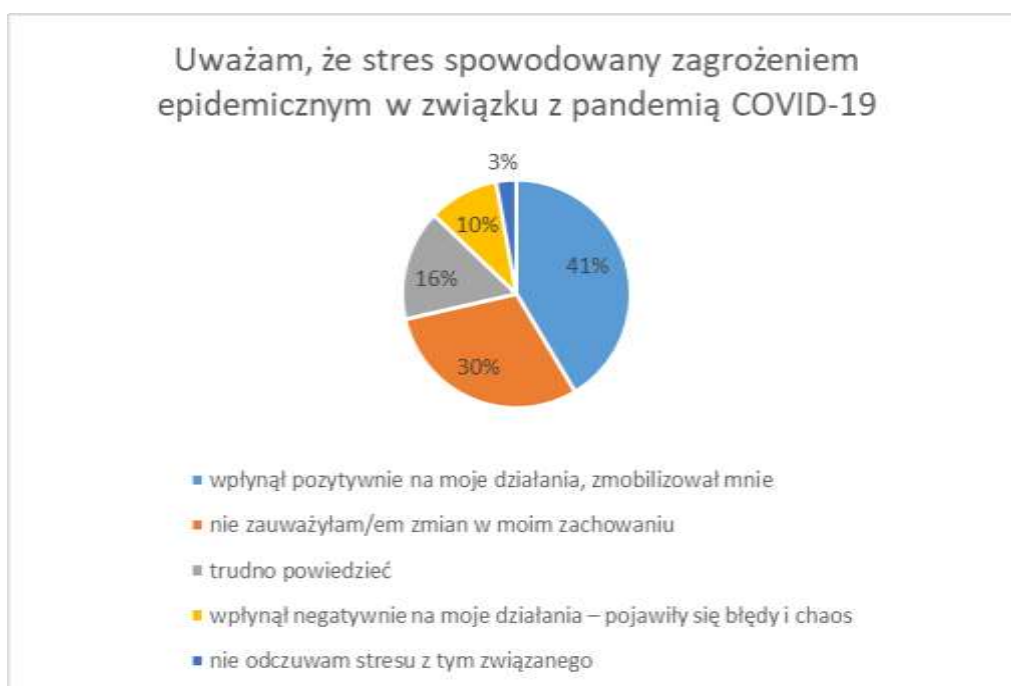
Odpowiedzi na pytanie dotyczące udziału w działaniach edukacyjnych i badawczych, dzięki którym respondenci mogą poszerzyć swoją wiedzę również potwierdzają wysokie ich zaangażowanie. Aż 51% uczestniczy w takich działaniach często, a 16% – zawsze. Jednak tutaj aż ¼ przyznała, że rzadko bierze w nich udział, a 1% nigdy tego nie robi. 11% ankietowanych było niezdecydowanych.

Biorę udział w działaniach edukacyjnych i badawczych



Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu respondenci oceniali, jak stres spowodowany zagrożeniem epidemicznym w związku z pandemią COVID-19 wpłynął na ich zachowania i działania. Aż 41% ankietowanych przyznało, że sytuacja ta miała pozytywny wpływ i zmobilizowała ich do działania, 30% nie zauważyło zmian w swoim zachowaniu, a 3% nie odczuło różnicy z tym związanej. Tylko 10% badanych wskazało, że sytuacja zagrożenia epidemicznego wpłynęła negatywnie na ich działania, przez co pojawiły się błędy i chaos. Takie wyniki można tłumaczyć nadal tym, że sytuacja, w której znaleźli się ankietowani nadal nie jest długa. Prawdopodobnie wyzwała się u badanych adrenalina, która w małych dawkach motywuje, pcha do przodu, odpowiada za pewność siebie. Należy jednak pamiętać, że gdy funkcjonujemy pod długotrwałym jej wpływem, zaczyna to być dla nas szkodliwe, a nasze myślenie jest blokowane. Warto w takim wypadku zapoznać się z technikami zwalczania stresu, dzięki którym funkcjonowanie placówek pozostanie niezagrażone.



Źródło: Opracowanie własne

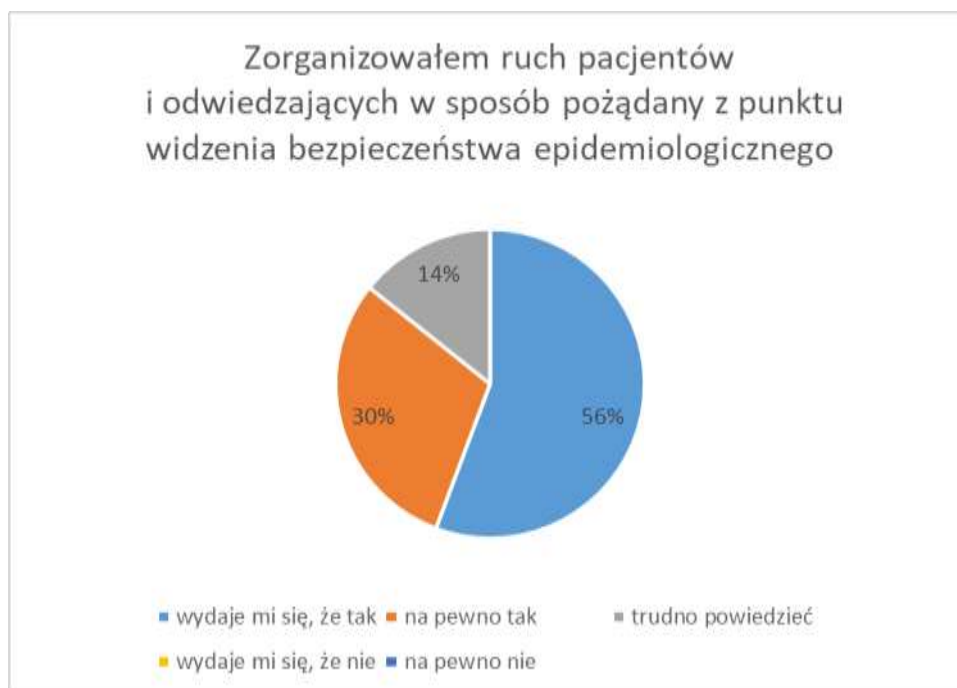
Kompetencje zarządcze, które respondenci uznali za najważniejsze w momencie zagrożenia sytuacją krytyczną, taką jak pandemia COVID-19 to przede wszystkim efektywne planowanie i organizacja (33%), a następnie analizowanie i rozwiązywanie problemów

(26%). Dalej były to: skuteczne przekazywanie informacji (17%), podejmowanie trafnych decyzji (14%) oraz wdrażanie zmian i innowacji (7%). Wśród innych ankietowani nie zaproponowali swoich odpowiedzi, tylko wskazywali, że jest to połączenie wielu już wyżej wymienionych.



Źródło: Opracowanie własne

W ostatnim pytaniu tego bloku respondenci proszeni byli o wskazanie, czy udało im się zorganizować ruch pacjentów i odwiedzających w sposób pożądaný z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemiologicznego. Zdecydowana większość badanych nie miała z tym problemu, co potwierdziła wybierając odpowiedzi ‘na pewno tak’ – 30% oraz ‘wydaje mi się, że tak’ – 56%. Nikt nie przyznał, że nie udało mu się tego zrobić. Jednak 14% pozostała niezdecydowana.

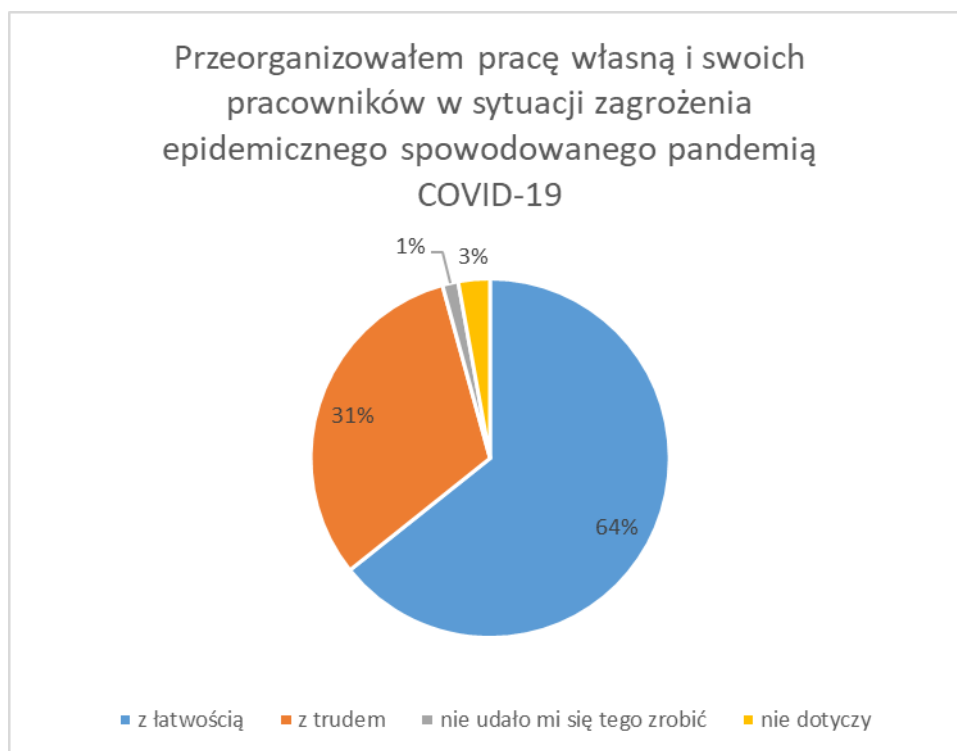


Źródło: Opracowanie własne

BLOK 4. Przywództwo i zarządzanie zmianą (zarządzanie kryzysem, wdrażanie innowacji)

Blok 4 dotyczył pytań w zakresie kompetencji związanych z przywództwem i zarządzaniem zmianą, uwzględniając zarządzanie kryzysem czy wdrażanie innowacji. Respondenci odpowiadali na siedem pytań, które bezpośrednio odnosiły się do pandemii COVID-19.

Pierwsze pytanie związane było z przeorganizowaniem pracy własnej i pracowników w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19. Aż 64% respondentów określiło, że z łatwością udało im się to zrobić. Jednak 31% ankietowanych zrobiło to z trudnością, a 1% badanych udzieliło odpowiedzi, że nie udało się im tego dokonać.



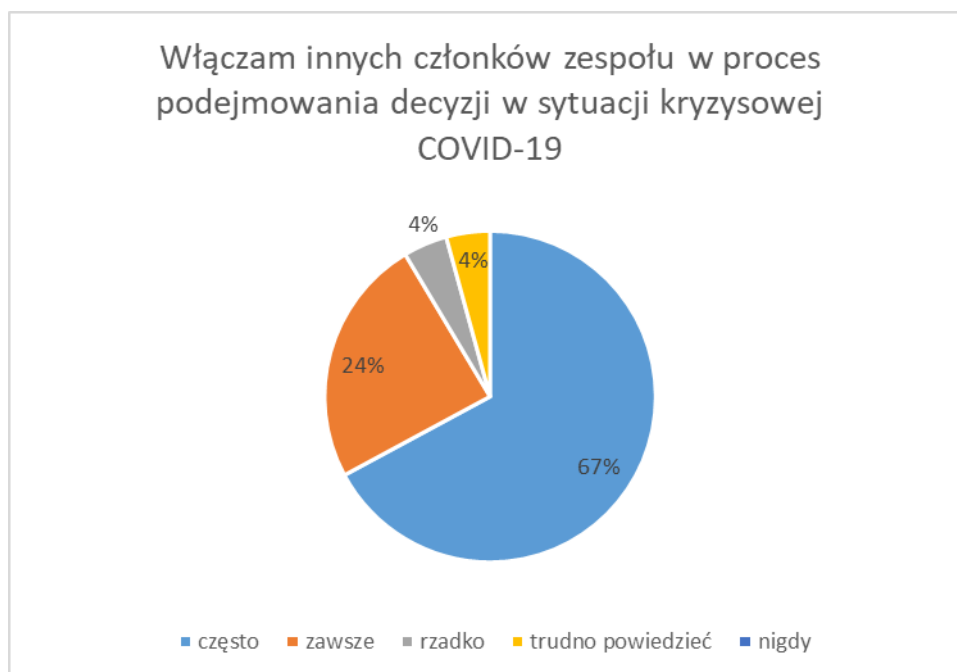
Źródło: Opracowanie własne

Wyniki kolejnego pytania pokazują, że 39% badanych zawsze prezentuje zachowania, które gwarantują bezpieczeństwo swoje i współpracowników w czasie pandemii COVID-19. 47% określiło, że często zachowuje się w sposób zgodny z wytycznymi i reżimem sanitarnym. 14% badanych miało trudności z odpowiedzią na to pytanie. Może to świadczyć o niepełnej znajomości lub umiejętności implementacji odpowiednich zachowań w miejscu pracy. Fakt, że kadra zarządzająca nie zawsze stosuje się do zasad umożliwiających zapewnienie bezpieczeństwa dla siebie i innych może negatywnie wpływać na podwładnych i przestrzeganie przez nich tych zasad.



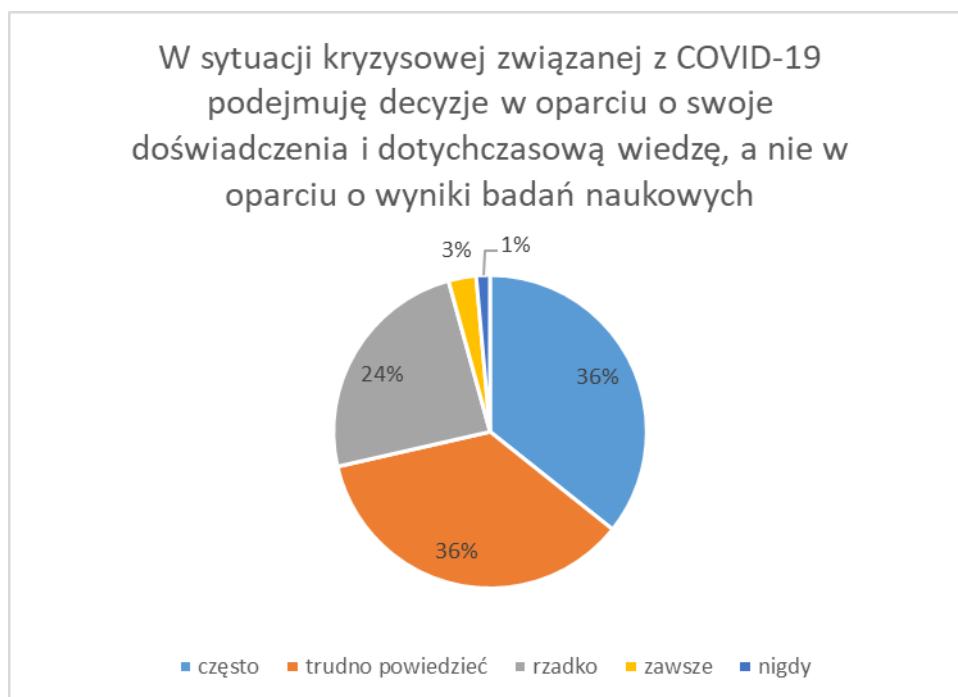
Źródło: Opracowanie własne

W następnym pytaniu respondenci byli pytani, jak często włączają innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji w sytuacji kryzysowej, jaką jest pandemia COVID-19. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że niemal wszyscy podejmują decyzję w kryzysowych sytuacjach razem z innymi pracownikami. Aż 67% ankietowanych robi to często, a 24% badanych – zawsze. Jedynie 4% określiło, że rzadko dochodzi do takich sytuacji. 4% respondentów miało trudności z odpowiedzią na to pytanie.



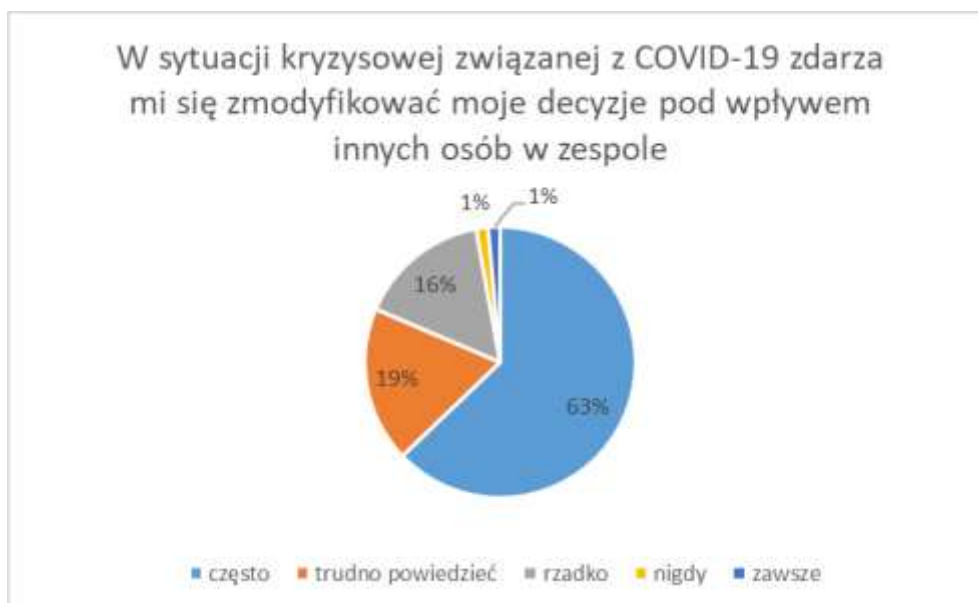
Źródło: Opracowanie własne

1/4 badanej kadry zarządzającej uznaje pierwszeństwo wyników badań naukowych nad ich osobistymi doświadczeniami i dotychczasową wiedzą. Mimo to, 36% badanych często opiera swoje decyzje na zdobytej już wiedzy i doświadczeniu. Aż 36% respondentów miało trudności z odpowiedzią na to pytanie. Może być to związane z różnorodnością decyzji, które kadra zarządzająca musi podejmować w czasie kryzysu. Decyzje powiązane z kwestiami medycznymi (takie jak organizacja pracy w reżimie sanitarnym) mogą wymagać większego polegania na aktualnej literaturze naukowej, natomiast decyzje biznesowe i zarządcze mogą wymagać od zarządzających polegania na własnym doświadczeniu pracy w placówce, znajomości środowiska i branży.



Źródło: Opracowanie własne

Kolejne pytanie także dotyczyło podejmowania decyzji w sytuacji kryzysowej. Aż 63% badanych przyznało, że często modyfikuje swoje decyzje pod wpływem opinii innych osób w zespole. Jednak 16% respondentów stwierdziło, że robi to rzadko, a jedynie 1% badanych nigdy nie zmienia swojego zdania pod wpływem innych osób z zespołu. Taki sam odsetek robi to zawsze. 1/5 ankietowanych miała trudności z odpowiedzią na to pytanie.



Źródło: Opracowanie własne

Większość badanych wykazała, że zwiększyła wykorzystanie technologii informatycznej do podejmowania decyzji zarządczych w ich placówkach w sytuacji zagrożenia epidemicznego. 14% respondentów robi to zawsze, a 60% często. Co dziesiąty ankietowany przyznał jednak, że nie zwiększa wykorzystania technologii informatycznych lub robi to rzadko. 16% badanych miało trudności z odpowiedzią na to pytanie.



Źródło: Opracowanie własne

Ostatnie pytanie w tym bloku dotyczyło umiejętności egzekwowania od pracowników stosowania się do standardów i wytycznych w sytuacji kryzysowej, uwzględniając ich obowiązki. Niemal wszyscy badani odpowiedzieli, że w znacznym stopniu są w stanie to zrobić. 26% respondentów określiła, że udaje im się to zawsze, a 69% określiło, że potrafi zrobić to często. 6% ankietowanych udzieliło odpowiedzi 'trudno powiedzieć'.

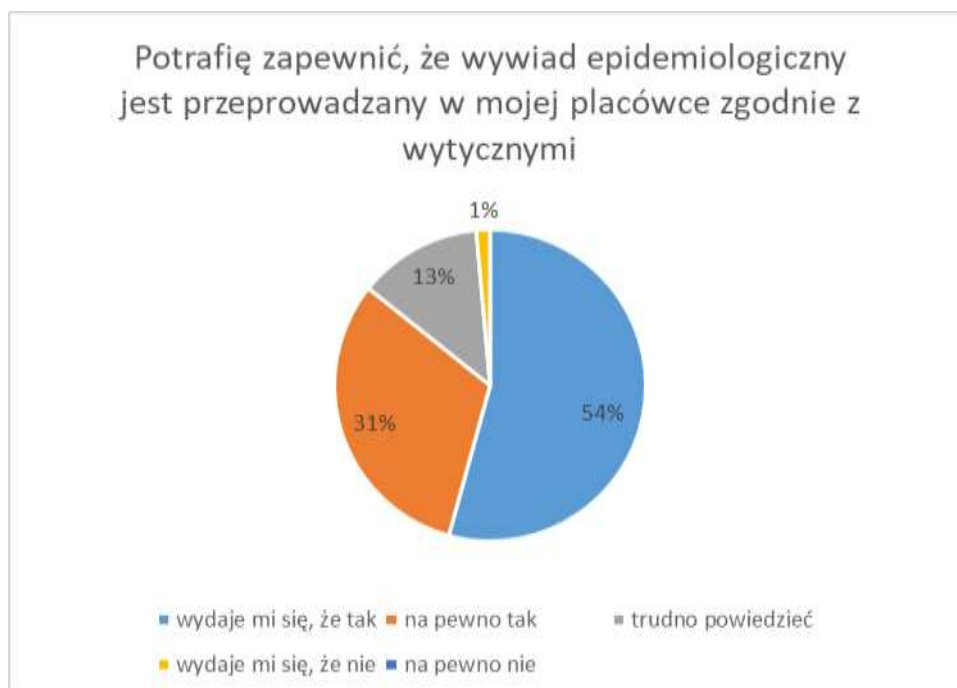


Źródło: Opracowanie własne

BLOK 5. Umiejętności zarządzania i organizacji pracy placówki

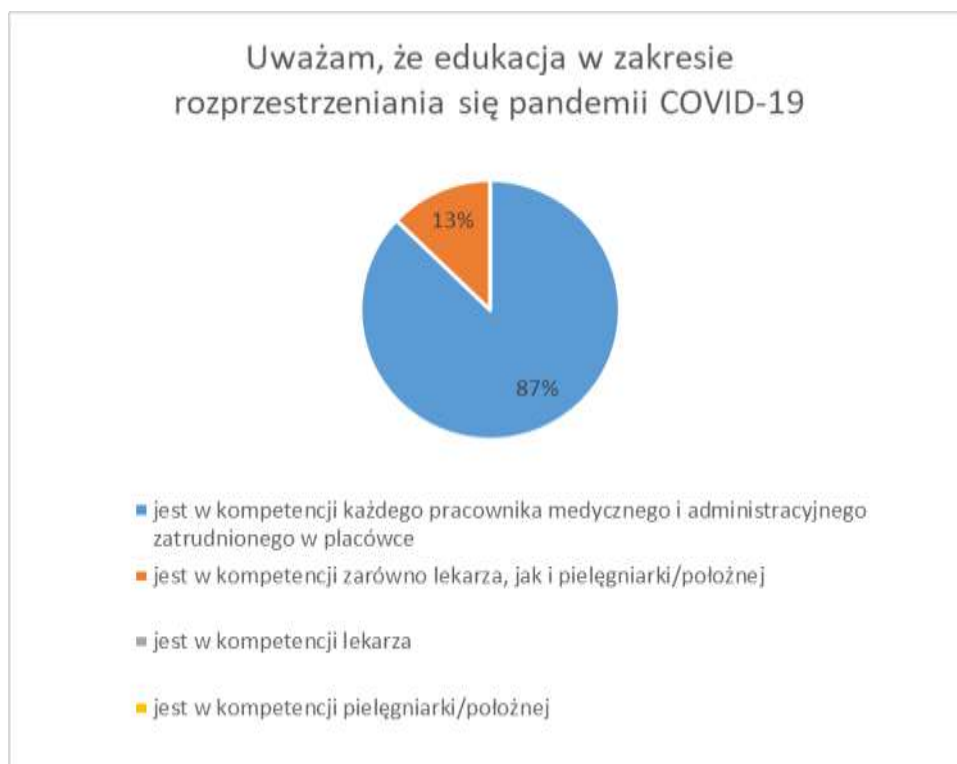
W kolejnym bloku pytań respondenci odpowiadali na pytania, które miały weryfikować ich umiejętności zarządzania i organizacji pracy placówki.

Na pytanie czy wywiad epidemiologiczny jest przeprowadzany zgodnie z wytycznymi, 31% badanych odpowiedziało 'na pewno tak', a 54% 'wydaje mi się, że tak'. 13% badanej kadry zarządzającej miało trudności z odpowiedzią na to pytanie. 1% badanych określił, że przeprowadzany wywiad prawdopodobnie nie jest zgodny z aktualnymi wytycznymi. Fakt, że ponad połowa badanych nie była w stanie z całą pewnością odpowiedzieć na to pytanie może wynikać z braku bezpośredniego nadzoru nad przeprowadzaniem wywiadów epidemiologicznych lub z braku znajomości aktualnych wytycznych z nim związanych.



Źródło: Opracowanie własne

87% badanych uznało, że edukacja w zakresie rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 jest w kompetencji każdego pracownika medycznego i administracyjnego zatrudnionego w placówce. 13% odpowiedziało, że jest to w kompetencji jedynie lekarza i pielęgniarki/położnej, a więc odpowiedzialny powinien za to być jedynie personel medyczny zatrudniony w placówce. Równa odpowiedzialność wszystkich pracowników placówki pod tym względem jest kluczowa do jej prawidłowego i bezpiecznego funkcjonowania. Odpowiedzialność ta powinna być egzekwowana przez kadrę zarządzającą. Otrzymany odsetek odpowiedzi to sugerujących świadczy o wysokim poziomie świadomości wśród badanej kadry zarządzającej.



Źródło: Opracowanie własne

Podczas identyfikacji kompetencji, jakich badanym zabrakło w czasie kryzysu związanego z pandemią COVID-19, najczęściej wybieranymi były:

- identyfikacja stresu i emocji wśród współpracowników (23%),
- wdrożenie i ścisłe przestrzeganie standardów i zasad postępowania pracowników placówki z podejrzeniem COVID-19 i chorymi na COVID-19 (18%),
- dostosowanie formy organizacji pracy do zmieniających się warunków (17%).

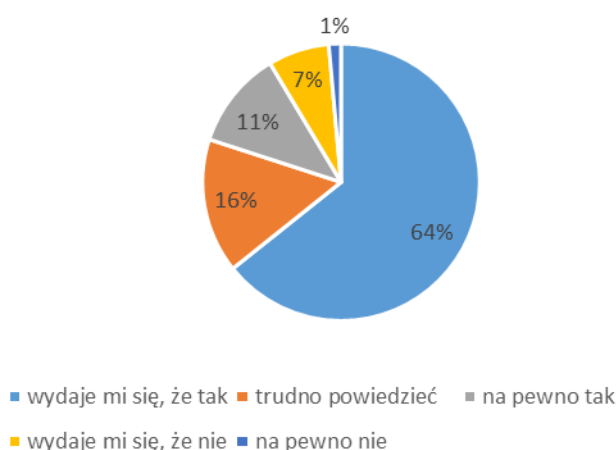
Co ważne, 13% przyznało, że trudność sprawiło im sprawne wdrożenie technologii telemedycznych, 10% – właściwe/zrozumiałe komunikowanie się z pacjentem, a 8% – właściwe zarządzanie ruchem pacjentów. Najrzadziej wybieraną kompetencją była współpraca z pracownikami (4%). Ponadto 5 badanych określiło, że nie zabrakło im żadnych z wymienionych kompetencji.



Źródło: Opracowanie własne

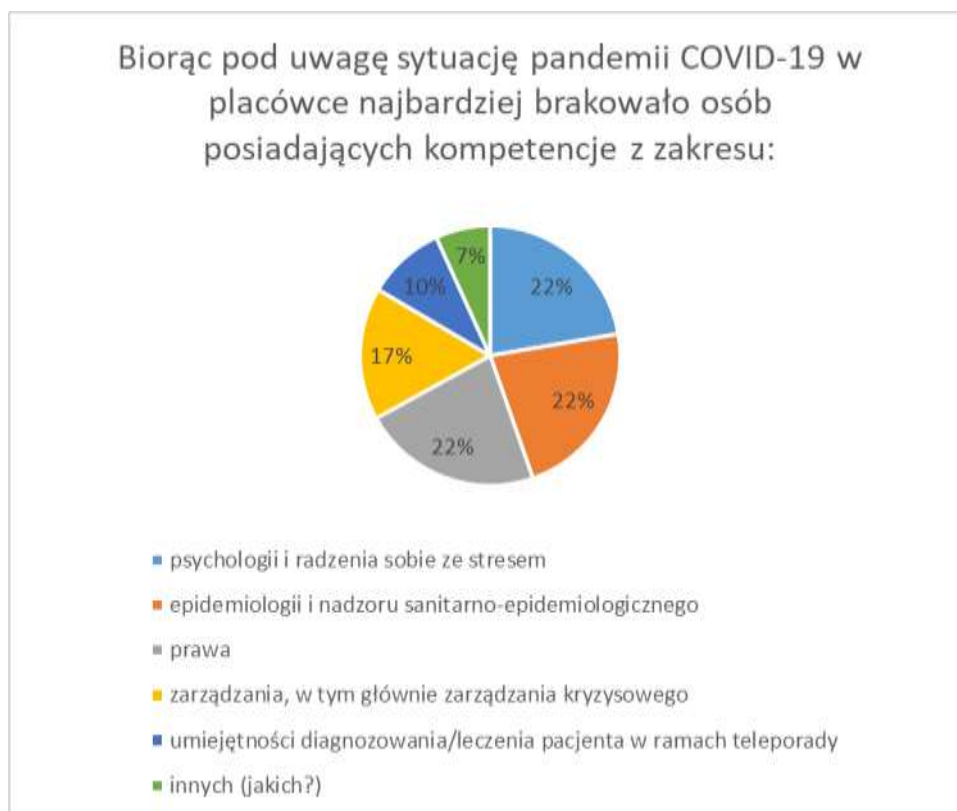
Kolejne pytanie dotyczyło tzw. work-life balans, czyli równowagi jaką należy zachować między aktywnością zawodową i poza zawodową. Aż 64% badanych określiło, że prawdopodobnie zadbał o przestrzeganie balansu między pracą a życiem osobistym swoich pracowników. Jednak tylko 11% uznało, że udało się im to z całą pewnością. 16% respondentów miało trudności z odpowiedzią na to pytanie. 8% badanych przyznało, że nie udało im się zapewnić odpowiedniej organizacji pracy. Uzyskane wyniki świadczą o świadomości kadr zarządzających, jak ważny jest balans między pracą a życiem osobistym pracowników, szczególnie w sytuacji kryzysowej.

Podczas pandemii COVID-19 zadbałem o właściwą organizację pracy, pozwalającą pracownikom na odpowiedni balans między pracą a życiem osobistym



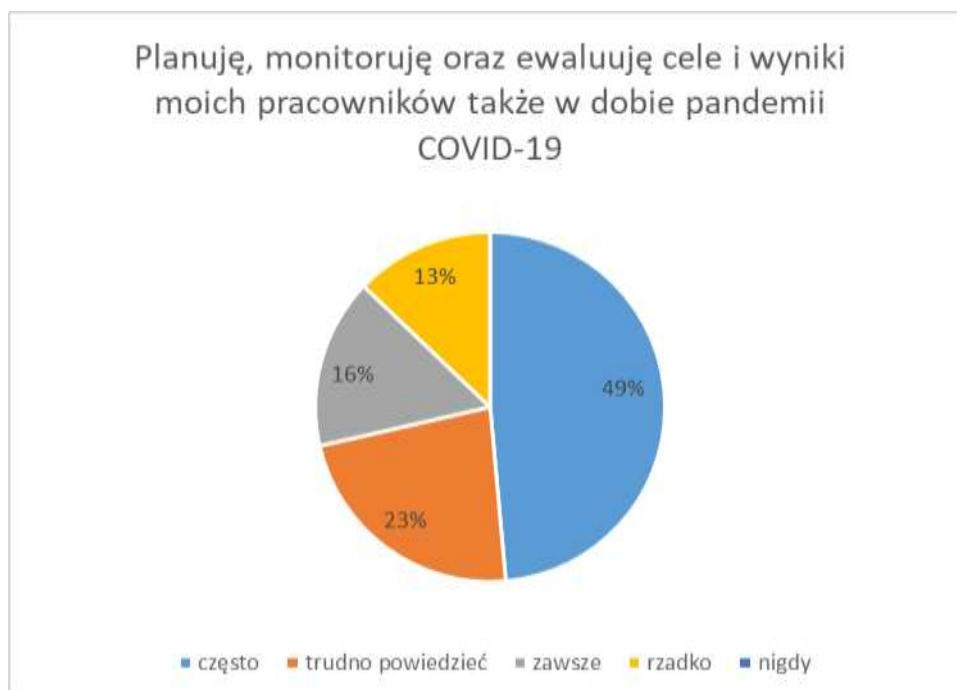
Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu badani mieli możliwość wskazania dwóch odpowiedzi. Identyfikowali osoby posiadające takie kompetencje, jakich najbardziej zabrakło im w zespole. Po 22% ankietowanych określiło, że najbardziej potrzebowaliby pomocy osób mających umiejętności z zakresu psychologii i radzenia sobie ze stresem, epidemiologii i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, a także prawa. 17% badanych przyznało, że brakowało im w zespole osób z kompetencjami zarządzania (głównie zarządzania kryzysowego). 10% ankietowanych wskazało na umiejętności diagnozowania/leczenia pacjenta w ramach teleporady. Wśród innych odpowiedzi ankietowani wskazywali na kompetencje związane z ekonomią i motywacją personelu do zmian. Ponadto dwóch respondentów stwierdziło, że nie brakowało im żadnych kompetencji w zespole.



Źródło: Opracowanie własne

Większość badanych określiło, że planowanie, monitorowanie i ewaluacja celów i wyników pracowników jest ważna również w czasie pandemii. 49% respondentów robi to często, a 16% zawsze. 13% badanych określiło, że rzadko w tym czasie przeprowadza monitorowanie i ewaluację wyników i celów pracowników. 23% badanych miało trudności z odpowiedzią na to pytanie. Zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń jest ważne również w czasie zagrożenia epidemiologicznego. Obostrzenia sanitarne w placówkach nie powinny wiązać się z obniżeniem jakości świadczeń medycznych i opieki pacjentów. Ewaluacja i monitorowanie wyników i celów pracowników stanowią narzędzie do zapewnienia wysokiej jakości.



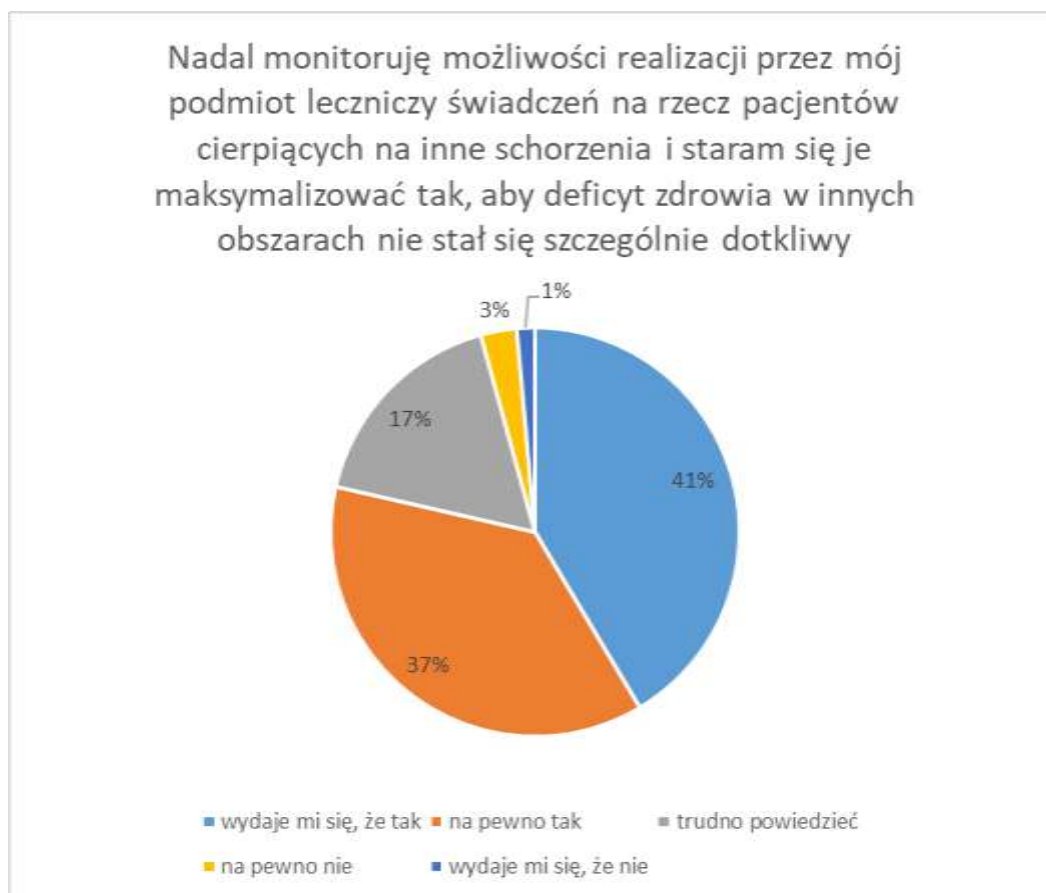
Źródło: Opracowanie własne

Patrząc na wyniki kolejnego pytania, można zauważyć, że większość respondentów potrafi zapewnić ciągłość biznesową organizacji w obliczu sytuacji kryzysowych, w tym pandemii COVID-19. 23% badanych na to pytanie odpowiedziało ‘na pewno tak’, a 57% – ‘wydaje mi się, że tak’. Jedynie 1% badanych określił, że nie posiada takich kompetencji. Co 5 badany miał trudności z odpowiedzią na to pytanie.



Źródło: Opracowanie własne

Ostatnie pytanie w tym bloku miało pokazać, czy ankietowani w czasie trwania pandemii COVID-19 nadal stale monitorują możliwości realizacji przez ich podmiot leczniczy świadczeń na rzecz pacjentów cierpiących na inne schorzenia, a także starają się je maksymalizować tak, aby deficyt zdrowia w innych obszarach nie stał się szczególnie dotkliwy. Badana kadra zarządzająca przywiązuje dużą wagę do zapewnienia dostępu do świadczeń związanych ze schorzeniami innymi niż COVID-19. Aż 78% respondentów wskazało, że stale monitoruje możliwość realizacji tych świadczeń w swoich placówkach. 37% badanych wybrało odpowiedź ‘na pewno tak’, a 41% – ‘wydaje mi się, że tak’. Tylko 4% ankietowanych przyznało, że nie monitoruje tego, jakie świadczenia pacjenci z innymi schorzeniami mają możliwość zrealizować w ich placówkach. 17% badanych miała trudności z odpowiedzią na to pytanie, co może jednak wskazywać na brak monitorowania tych świadczeń. Warto uczulić kadry zarządzające, że także to zadanie jest ważne wśród ich obowiązków.

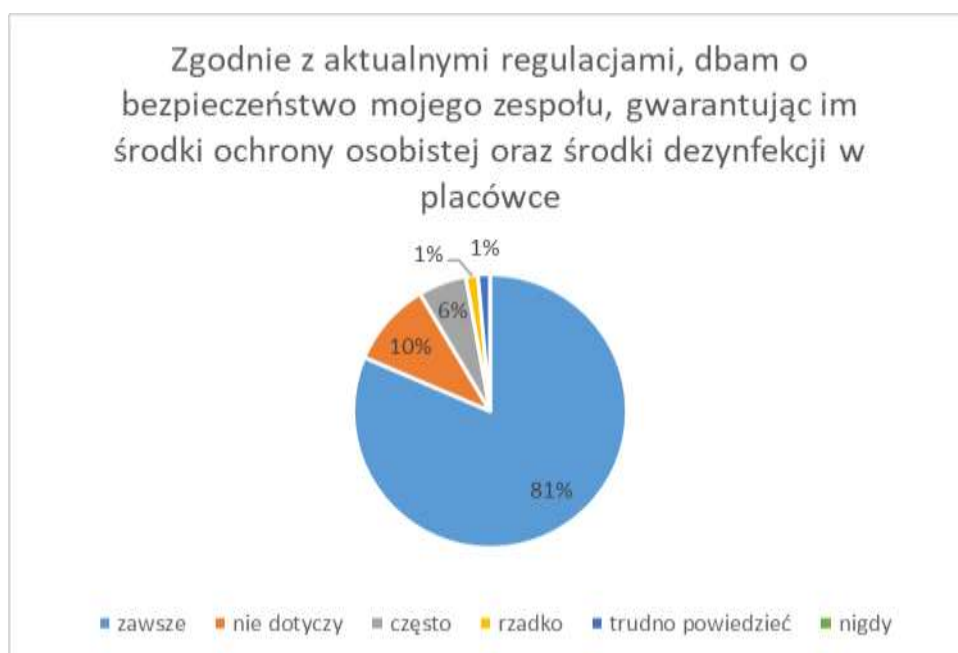


Źródło: Opracowanie własne

BLOK 6. Znajomość organizacyjno-prawnych aspektów systemu ochrony zdrowia

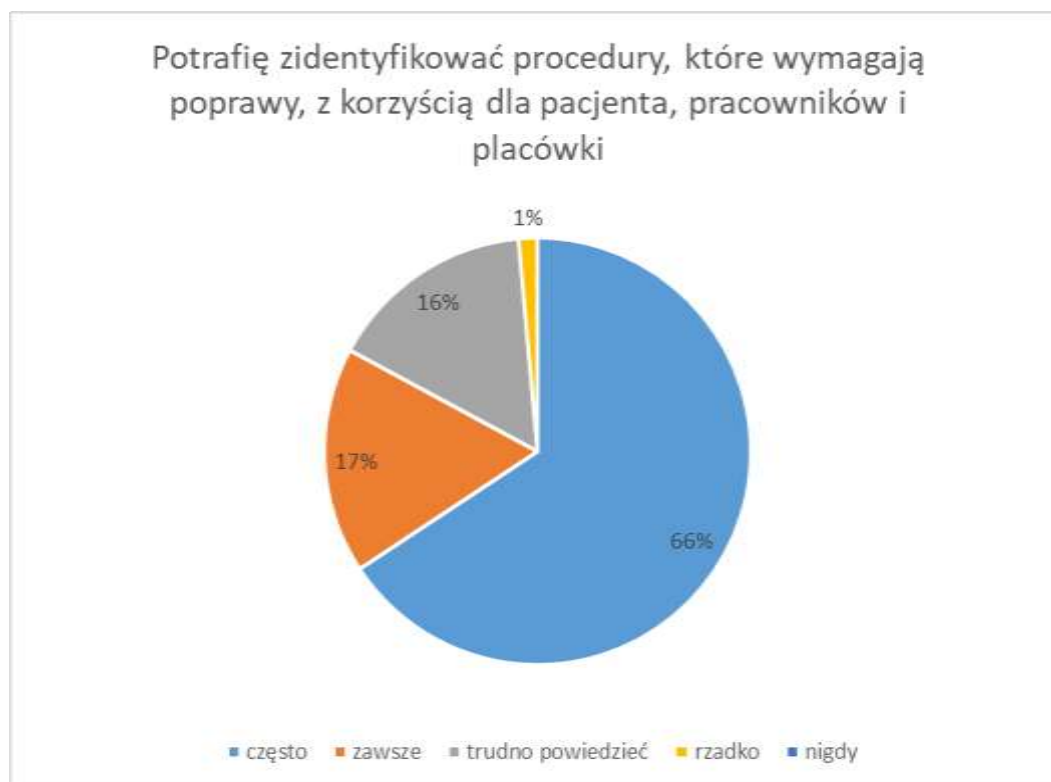
Ostatni blok pytań dotyczył znajomości organizacyjno-prawnych aspektów systemu ochrony zdrowia.

Na pytanie, czy respondenci zapewniają środki ochrony osobistej i środki dezynfekcji, prawie wszyscy badani odpowiedzieli twierdząco. Aż 81% respondentów dba o bezpieczeństwo pracowników w taki sposób zawsze, a 6% często. Po 1% badanych określiło, że rzadko lub nigdy nie zapewnia takich środków. 10% respondentów to stwierdzenie nie dotyczyło. Tak dobre wyniki nie powinny dziwić, bowiem przyznanie się, że się tych środków nie gwarantuje pracownikom nie tylko oznaczałoby brak bezpieczeństwa, ale także postępowanie niezgodne z prawem.



Źródło: Opracowanie własne

Z kolei na pytanie, czy badani potrafią zidentyfikować procedury, które wymagają poprawy z korzyścią dla pacjenta, pracowników i placówki, prawie wszyscy odpowiedzieli twierdząco. 17% ankietowanych robi to zawsze, 66% często. Jedynie 1% badanych przyznał, że rzadko identyfikuje takie procedury. 16% badanych miało trudności z odpowiedzią na to pytanie.



Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu respondenci mogli wybrać trzy najważniejsze według nich odpowiedzi, jednak zdecydowana większość wybrała tylko jedną (otrzymaliśmy tylko 108 odpowiedzi). Żadna z odpowiedzi nie uzyskała wyraźnego wskazania. Według ankietowanych najtrudniejsze w zakresie poprawy jakości opieki nad pacjentem w czasie pandemii było przede wszystkim kształtowanie prozdrowotnych zachowań pacjentów, odpowiedziało tak 20% pytaných osób. Następne w kolejności były: stały monitoring i ewaluacja pracy personelu pod kątem zgodności ze standardami (19%), wypracowanie i wdrożenie standardów opieki (18%), utrzymanie zaangażowania pracowników (17%), wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych i informacyjnych w opiece nad pacjentem i w organizacji pracy personelu medycznego (13%), a także wyznaczenie personelowi mierzalnych celów jakościowych i ich monitorowanie oraz nagradzanie (11%). Kilka osób stwierdziła, że ich to nie dotyczy, zaznaczając odpowiedź 'inne'.



Źródło: Opracowanie własne

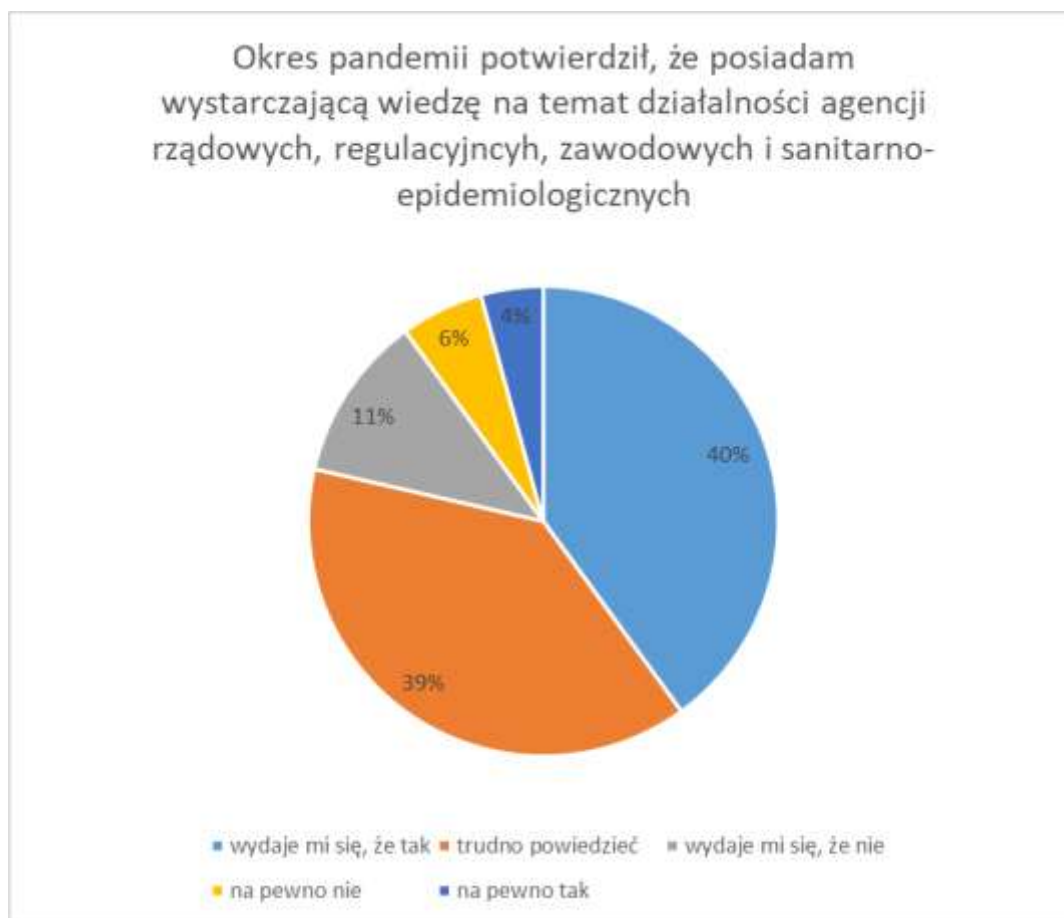
W kolejnym pytaniu badani odpowiadali na pytanie, czy wykorzystują dane statystyczne i wskaźniki zdrowotne do zarządzania placówką. 11% respondentów odpowiedziało, że robi to zawsze, a 50% – często. 16% badanych określiło, że rzadko wykorzystuje te wskaźniki do podejmowania decyzji. Co piąty ankietowany miał problem z odpowiedzią na to pytanie. Jedynie 1% badanych nigdy nie bierze pod uwagę danych statystycznych i wskaźników zdrowotnych do podejmowania decyzji.



Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu ankietowani mieli wskazać, czy okres pandemii potwierdził, że posiadają wystarczającą wiedzę na temat działalności agencji rządowych, regulacyjnych, zawodowych i sanitarno-epidemiologicznych. 40% respondentów ma pewność, iż posiada wystarczającą wiedzę na ten temat. Trudność w określeniu tej kompetencji ma jednak aż 39% ankietowanych. 11% badanych wydaje się, że nie posiadają wystarczającej wiedzy z powyższego zakresu, a 6% przyznaje, że na pewno jej nie ma. Przeciwnych odpowiedzi ('na pewno tak') było tylko 4%.

Trudność w ocenie posiadanej wiedzy dotyczącej działalności głównych instytucji sektora zdrowotnego u ponad 1/3 respondentów może wskazywać jednak na duże deficyty kompetencyjne kadry zarządzającej w powyższym zakresie. Warto zatem rozważyć wdrożenie szkoleń przybliżających wiedzę z niniejszej tematyki.



Źródło: Opracowanie własne

W ostatnim już pytaniu ankiety respondenci mieli wskazać, czy potrafią opracować i wdrażać oraz modyfikować programy zapewniania jakości, satysfakcji i bezpieczeństwa pacjentów zgodnie z krajowymi wytycznymi. Prawie 2/3 badanych (łącznie 68%) ocenia, że posiada takie umiejętności. Trudność w określeniu tej kompetencji miała ponad 1/4 ankietowych. Zaledwie 6% respondentów przyznała, że może nie posiadać wystarczającej wiedzy z zakresu powyższej kompetencji. Warto też wspomnieć, iż żaden menedżer nie zadeklarował pełnego braku wiedzy w analizowanym obszarze.



Źródło: Opracowanie własne

5. Analiza i ocena wyników

Wyniki badań pokazują, że badana grupa, reprezentująca kadry zarządcze w podmiotach leczniczych wykazuje się wysokimi kompetencjami. Warto w tym miejscu przypomnieć, że średni staż pracy ankietowanych wyniósł 20 lat, z czego na stanowisku kierowniczym – prawie 10 lat. Sytuacja zagrożenia epidemicznego, jaką jest pandemia COVID-19 zasadniczo nie wykazała deficytów zarządczych, ale zaalarmowała niektóre braki.

Oceniając swoje kompetencje menedżerskie według skali kompetencji indywidualnych, wykorzystującej model Dreyfusa, zaczynając od 1 = nowicjusz; 2 = zaawansowany początkujący; 3 = kompetentny; 4 = biegły; i 5 = ekspert, połowa ankietowanych bezpiecznie wybrała środkową odpowiedź, oceniając siebie jako kompetentnego/kompetentną. Prawie 1/5 respondentów stwierdziła jednak, że są tylko zaawansowanymi początkującymi, a 11% – nowicjuszami. Wyżej swoje kompetencje ocenia 13%, uważając siebie za biegłych w tym zakresie. Najmniej, bo tylko 7% oceniło swoje

kompetencje najwyżej, wybierając odpowiedź bycia ekspertem. Może świadczyć to zarówno o pewnych brakach, jak i o tym, że zasadniczo trudno jest nam się chwalić i oceniać siebie za najlepszego (dotyczy to także spraw zawodowych). Warto przypomnieć, że respondentami były głównie kobiety, które mają większą tendencję do surowego oceniania siebie.

Swoje kompetencje, związane z zarządzaniem zespołem i komunikacją, ankietowani ocenili bardzo wysoko. Uzyskane wyniki świadczą o dobrych relacjach w zespołach w badanej grupie na linii szef-podwładny. Ankietowani wykazali się także dużą elastycznością w podejściu do kontaktów z pracownikami, wykorzystując bardzo często technologie informatyczne do tego celu. Tylko co dziesiąty ankietowany przyznał, że ich nie stosuje lub robi to rzadko.

Oceniając profesjonalizm i społeczną odpowiedzialność badanej grupy, należy zwrócić uwagę na fakt, że prawie 1/5 ankietowanych przyznała, że nie jest pewna, czy potrafi właściwie zorganizować pracę podczas pandemii COVID-19 tak, aby przekazywane dane poufne były bezpieczne. Jest to o tyle ważne, że od 1 stycznia 2021 roku co do zasady, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych powinny prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, nie muszą tego robić jedynie w przypadku braku warunków organizacyjno-technicznych. Jednak, mając na uwadze kierunek zmian, zachodzących w sektorze ochrony zdrowia, prowadzenie dokumentacji tylko w postaci elektronicznej jest szczególnie istotne w sytuacji, jaką jest pandemia COVID-19.

Prawie co piąty ankietowany rzadko lub w ogóle nie analizuje wyników aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce. Prawdopodobnie świadczy to o sporych deficytach w tym zakresie.

Co trzeci ankietowany miał problem z przeorganizowaniem pracy własnej i pracowników z powodu pandemii COVID-19. Wyniki te nie powinny być jednak zaskoczeniem, ponieważ sytuacja ta jest bezprecedensowa i wielu kierowników nadal uczy się odpowiednio zorganizować pracę w tym trudnym czasie.

W sytuacji kryzysowej takiej jak zagrożenie COVID-19 emocje takie jak stres, niepewność i strach wpływają na zdrowie psychiczne i funkcjonowanie w pracy. W sytuacjach takich ważna jest inteligencja emocjonalna, która pozwala na zauważanie i zrozumienie emocji swoich i innych osób. Liderzy, którzy posiadają takie kompetencje,

pozwalają swoim pracownikom lepiej pokonywać trudności i radzić sobie w sytuacjach kryzysowych. Prawie ¼ badanych określiła, że brakuje im kompetencji w zakresie identyfikacji stresu i emocji u pracowników, co wskazuje na potrzebę rozwijania tych umiejętności wśród kadry zarządzającej, a jednocześnie pokazuje ich świadomość na temat potrzeb ich pracowników i organizacji w czasie kryzysu.

Deficyty kompetencji związanych z wdrożeniem i przestrzeganiem wytycznych i zasad postępowania w przypadku COVID-19 budzą niepokój, ponieważ wskazują na niewystarczającą wiedzę w tym zakresie. Mogą jednak także świadczyć o braku odpowiednich dokumentów i standardów postępowania przekazywanych zarządzającym placówkami medycznymi we właściwym czasie.

Stosunkowo wielu badanych jako problematyczne określiła kompetencje związane z implementacją zmian i wdrażaniem nowych rozwiązań (dostosowanie formy organizacji pracy do zmieniających się warunków i wdrożenie technologii medycznych). Może to sugerować brak umiejętności związanych z zarządzaniem zmianą. Trudności ze sprawnym wdrożeniem technologii medycznych są też prawdopodobnie związane z tym, że w marcu 2020 roku tylko kilka procent placówek medycznych było gotowych na świadczenie usług telemedycznych, mimo, że ustawa umożliwiająca ich wykorzystanie pojawiła się już w 2015 roku. Wdrożenie usług teleinformatycznych z dnia na dzień bez szeroko rozpowszechnionych standardów i szkoleń z ich zakresu wiązało się z wieloma trudnościami.

Respondenci zauważyli również, że brakowało im w zespole osób, posiadających pewne kompetencje. Według badanych najbardziej potrzebowaliby pomocy osób mających umiejętności z zakresu psychologii i radzenia sobie ze stresem, epidemiologii i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, a także prawa. Niewiele mniej przyznało, że brakowało im w zespole osób z kompetencjami zarządzania (głównie zarządzania kryzysowego). Co dziesiąty ankietowany wskazał na umiejętności diagnozowania/leczenia pacjenta w ramach teleporady. Najczęstsze odpowiedzi pokrywają się z odpowiedziami na pytanie dotyczące deficytów kompetencji wśród kadry zarządzającej. Brakujące umiejętności zarządzający mogliby zastąpić ekspercką oceną osób z ich zespołu. Osoby z wiedzą z zakresu psychologii i radzenia sobie ze stresem mogą stanowić wsparcie dla kadry zarządzającej w komunikacji i wspomagania pracowników w czasie niepewności i trudności. Eksperci z zakresu prawa,

epidemiologii i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego mogliby być odpowiedzią na brak jasnych wytycznych i standardów postępowania przekazywanych w odpowiednim czasie oraz poruszanie się w ciągle zmieniających się prawnych aspektach świadczenia opieki w czasie pandemii.

Pomimo tego, że większość ankietowanych uważa, że planowanie, monitorowanie i ewaluacja celów i wyników pracowników jest ważna również w czasie pandemii, to co trzeci respondent przyznał, że rzadko to robi lub miał trudność z odpowiedzią na to pytanie. Zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń jest niezwykle ważne również w czasie zagrożenia epidemicznego. Obostrzenia sanitarne w placówkach nie powinny przekładać się na obniżenie jakości świadczeń medycznych i opieki pacjentów. Ewaluacja i monitorowanie wyników i celów pracowników są istotnymi narzędziami do zapewnienia wysokiej jakości.

Analiza ankiet pokazała, że dość liczna grupa respondentów ma trudności w stwierdzeniu, czy okres pandemii potwierdził, że posiadają wystarczającą wiedzę na temat działalności agencji rządowych, regulacyjnych, zawodowych i sanitarno-epidemiologicznych. Zmienność przepisów w ostatnim czasie jest bardzo duża, dlatego wyniki te nie powinny zaskakiwać. Aż ¼ respondentów przyznała, że ma trudności z opracowaniem i wdrażaniem oraz modyfikowaniem programów zapewniania jakości, satysfakcji i bezpieczeństwa pacjentów zgodnie z krajowymi wytycznymi.

6. Rekomendacje

Rekomendacje szczegółowe wynikające z rozpoznanych deficytów kompetencyjnych kadr zarządczych przed i w trakcie pandemii COVID-19.

Wykazane poniżej deficyty kompetencyjne mogą być skutecznie uzupełnione poprzez odpowiednio dobrane i zorganizowane szkolenia, zapewniające ich odpowiedni rozwój.

Zidentyfikowane kompetencyjne obszary deficytowe:

- 1. Kompetencje w zakresie organizacji pracy własnej i podległych sobie pracowników w warunkach niestandardowych np. pandemii**
 - a. Organizacja pracy w warunkach zdalnych
 - b. Ochrona danych osobowych i zachowanie ich poufności.

2. **Kompetencje w zakresie umiejętnego pozyskiwania badań naukowych i ich efektywnego wykorzystywania w praktyce**
3. Rozwój **kompetencji cyfrowych** poprzez wdrażanie nowych technologii informatycznych
 - a. Znajomość nowych technologii medycznych i warunków ich implementacji w podmiotach leczniczych
 - b. Nauka i obsługa nowych technologii i systemów teleinformatycznych.
 - c. Komunikacja interpersonalna w warunkach zdalnych z pracownikami.
4. Rozwój kompetencji w zakresie **znajomości, rozumienia i właściwego stosowania przepisów prawnych**
 - a. Rozumienie standardów i konsekwencji ich stosowania.
 - b. Znajomość instytucji systemowych i ich uprawnień.
 - c. Znajomość standardów postępowania organizacyjno-zarządczego i konsekwencji ich stosowania.
 - d. Umiejętność właściwej hierarchizacji wydawanych decyzji administracyjnych i regulacji prawnych.
 - e. Umiejętność wdrażania standardów postępowania wydawanych przez różne instytucje systemowe.
5. Konieczne rozwijanie kompetencji **w zakresie radzenia sobie ze stresem i stresogennymi warunkami działania oraz właściwego rozpoznawania stresu wśród pracowników** w warunkach zagrożenia epidemiologicznego i innych.
 - a. Efektywne zarządzanie energią osobistą (zwłaszcza umiejętność zdrowego rozładowywania napięcia i efektywna regeneracja organizmu).
 - b. Skuteczne radzenie sobie ze stresem, napięciem własnym i podległego pracownika
 - c. Work-life balans, czyli równowaga między aktywnością zawodową i poza zawodową.
 - d. Odpowiednie nastawienie do pracy – zdrowy dystans i zdrowa troska o siebie i podległych pracowników.
 - e. Korzystanie ze wsparcia psychologicznego, emocjonalnego

6. Rozwijanie kompetencji w zakresie zarządzania kryzysowego.

- a. Mechanizmy i źródło powstawania sytuacji kryzysowej i określenie potrzeby działań zapobiegających.
- b. Kształtowanie polityki informacyjnej w zarządzaniu kryzysowym.
- c. Zarządzanie zmianą w organizacji w zespole.
- d. Sytuacje trudne – stres i emocje i ich wpływ na współpracę w zespole. Komunikacja w zespole w stresie i pod presją emocji.
- e. Działanie pokryzysowe.

7. Bibliografia

1. Academy NHS. Healthcare leadership model: NHS Leadership Academy Leeds; 2013 [dostęp: 11.12.2020]; <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf>.
2. Adams K. (1996), Competency's American Origins and the Conflicting Approaches in Use Today, „Competency”, vol. 3, nr 2.
3. Boyatzis, R.E. (1982), The Competent Manager: A Model for Effective Performance, New York: John Wiley and Sons.
4. Chouhan V.S., Srivastava S. (2014), Understanding Competencies and Competency Modeling — A Literature Survey, IOSR Journal of Business and Management, vol. 16, issue 1. ver. I (Jan. 2014), s. 14-22, (dostęp: 26.11.2020) <https://pdfs.semanticscholar.org/f9e4/f17ce671b53a33d3da74e3bf12d85f540715.pdf>.
5. Constable J., McCornick R. (1987), The Making of British Managers, BIM, London.
6. Czekaj J., Jabłoński M. (2011), Współczesne podejścia do identyfikacji kompetencji pracowniczych, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 854, s. 7-22 (dostęp: 26.11.2020) <https://r.uek.krakow.pl/bitstream/123456789/1833/1/171045252.pdf>.
7. Dirani, K. M., Abadi, M., Alizadeh, A., Barhate, B., Garza, R. C., Gunasekara, N., Majzun, Z. (2020), Leadership competencies and the essential role of human resource development in times of crisis: a response to COVID-19 pandemic. Human Resource Development International, 23(4), 380-394. doi:10.1080/13678868.2020.1780078.
8. Hahn C.A., Gil Lapetra M. (2019), Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. Front Public Health. 2019;7:34, doi:10.3389/fpubh.2019.00034.

9. Hamel G., Prahalad C.K. (1996), *Competing for the future*, Boston, Mass: Harvard Business School Press.
10. IHF (2015), *Leadership Competencies for Healthcare Services Managers*, International Hospital Federation). (dostęp: 26.11.2020) https://www.ache.org/-/media/ache/about-ache/leadership_competencies_healthcare_services_managers.pdf.
11. Kakemam, E., Liang, Z., Janati, A., Arab-Zozani, M., Mohaghegh, B., & Gholizadeh, M. (2020). Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis. *Journal of healthcare leadership*, 12, 59-68.
12. Kazak M. (2017), Kompetencje menedżerskie we współczesnej organizacji, *Journal of Modern Management Process*, nr 1(2)/2017, s. 89-99, (dostęp: 26.11.2020) <https://journalmmp.com/index.php/jmmp/article/view/38/38>.
13. Krawczyk-Sołtys A. (2019), Kompetencje menedżerskie w kształtowaniu kompetencji organizacyjnych jednostek ratownictwa medycznego w świetle badań, *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów/Szkoła Główna Handlowa*, 2019, z. 175, s. 95-104 (dostęp: 26.11.2020) <https://econjournals.sgh.waw.pl/SiP/article/download/949/840>.
14. Liang, Z., Howard, P. F., Koh, L. C., & Leggat, S. (2013). Competency requirements for middle and senior managers in community health services. *Australian Journal of Primary Health*, 19(3), 256-263.
15. Liang, Z., Leggat, S. G., Howard, P. F., & Koh, L. (2013). What makes a hospital manager competent at the middle and senior levels? *Australian Health Review*, 37(5), 566-573.
16. Liang, Z., Howard, P. F., Leggat, S., & Bartram, T. (2018). Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management, J Health Organ Manag.* 2018 Apr 9;32(2):157-175. doi: 10.1108/JHOM-06-2017-0120. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29624143.
17. Moczydlowska, J. M. (2008), *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi, a motywowanie pracowników*. Difin, Warszawa.
18. NCHL, NCHL Health Leadership Competency Model, National Center for Healthcare Leadership (dostęp: 26.11.2020) <https://www.nchl.org/page?page=272>
19. Oxford Economics, *Global talent 2021. How the new geography of talent will transform human resource strategies*, (dostęp: 26.11.2020) <https://www.oxfordeconomics.com/Media/Default/Thought%20Leadership/global-talent-2021.pdf?fbclid=IwAR1aPZT-fEcVXwkK81mxyWxXnpn1HDhEnj2TqzIZY-6GPdtoZpSAEGWUa4U>.
20. Spencer L.M., Spencer S.M. (1993), *Competence at Work*, New York: Wiley.
21. Whetten D., Cameron K., Woods M. (2000), *Developing management skills for Europe*, Harlow, Essex: Pearson Education.

ANEKS

Autorski kwestionariusz ankiety do badania w zakresie deficytów kompetencji kadr zarządzających w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19

BLOK 1. Metryczka

Płeć:

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

Do jakiej grupy wiekowej Pani/Pan należy:

- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56-65
- ☐ >65

Stanowisko menedżerskie:

- ☐ Prezes
- ☐ Członek Zarządu
- ☐ Dyrektor
- ☐ Kierownik
- ☐ Oddziałowy/Oddziałowa
- ☐ Ordynator
- ☐ Koordynator

Forma zatrudnienia:

- ☐ Umowa o pracę
- ☐ Umowa zlecenie
- ☐ Kontrakt menedżerski
- ☐ Inna, jaka (proszę wpisać)

Miejsce pracy. Proszę zaznaczyć symbolem 'X' główne miejsce pracy.

- ☐ POZ
- ☐ POZ Plus
- ☐ Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
- ☐ Szpital publiczny:
 - ☐ Szpital miejski
 - ☐ Szpital powiatowy
 - ☐ Szpital wojewódzki
 - ☐ Szpital kliniczny
- ☐ Szpital niepubliczny

- ☐ Państwowy Instytut Badawczy
- ☐ Inny podmiot, jaki? (proszę wpisać)

Miejscowość, województwo. Proszę wpisać:

Staż pracy (w latach)

Staż pracy na stanowisku menedżerskim

Źródło finansowania świadczeń oferowanych przez podmiot, którym zarządzam:

- ☐ wszystkie procedury finansowane są przez NFZ
- ☐ część świadczeń (procedur) finansowana jest przez NFZ, a część ze źródeł innych niż NFZ – pacjenci komercyjni, firmy, instytucje ubezpieczeniowe
- ☐ procedury opłacane są wyłącznie ze źródeł innych niż NFZ – pacjenci komercyjni, firmy, instytucje ubezpieczeniowe

Czy placówka, w której Pani/Pan pracuje ma certyfikat CMJ:

- ☐ tak
- ☐ nie

Oceniając swoje kompetencje menedżerskie, jestem:

- ☐ Nowicjuszem
- ☐ Zaawansowanym początkującym
- ☐ Kompetentnym
- ☐ Bieglym
- ☐ Ekspertem

Moje kompetencje związane z identyfikacją preferencji i potrzeb pracowników zostały nabyte:

- ☐ wyłącznie w trakcie studiów
- ☐ wyłącznie w trakcie dodatkowych szkoleń
 - ☐ zewnętrznych
 - ☐ organizowanych przez pracodawcę
- ☐ zarówno w trakcie studiów, jak i dodatkowych szkoleń
- ☐ posiadam te kompetencje i rozwijam je we własnym zakresie
- ☐ nie posiadam i nie rozwijam takich kompetencji

BLOK 2. Zarządzanie zespołem i komunikacja

Potrafię uważnie słuchać swoich pracowników i rozumiem ich formę przekazu:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Potrafię odpowiednio zareagować na sytuacje stresowe u siebie i u pracowników:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często

- ☐ *zawsze*

Wykazuję się empatią i inteligencją emocjonalną w kontaktach ze współpracownikami:

- ☐ *nigdy*
☐ *rzadko*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *często*
☐ *zawsze*

Potrafię jasno, otwarcie i zrozumiale komunikować się z innymi członkami zespołu:

- ☐ *nigdy*
☐ *rzadko*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *często*
☐ *zawsze*

Potrafię właściwie reagować i komunikować się z pracownikami w sytuacjach kryzysowych, tj. pandemia COVID-19:

- ☐ *nigdy*
☐ *rzadko*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *często*
☐ *zawsze*

Dyskutuję o błędach i zagrożeniach z innymi członkami zespołu:

- ☐ *nigdy*
☐ *rzadko*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *często*
☐ *zawsze*

Wykorzystuję technologie informatyczne do kontaktu z pracownikami:

- ☐ *nigdy*
☐ *rzadko*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *często*
☐ *zawsze*

Utrzymuję bliskie relacje z różnymi interesariuszami, które umożliwiają nam wymianę wiedzy i doświadczeń oraz lepsze przygotowanie placówki na czas kryzysu związanego z pandemią COVID-19:

- ☐ *na pewno tak*
☐ *wydaje mi się, że tak*
☐ *trudno powiedzieć*
☐ *wydaje mi się, że nie*
☐ *na pewno nie*

BLOK 3. Profesjonalizm i społeczna odpowiedzialność

Uważam, że jakość opieki w ramach systemu teleporad w mojej placówce można poprawić dzięki (możliwość wskazania wielu odpowiedzi):

- ☐ szkoleniom personelu
- ☐ instrukcjom
- ☐ wspomaganiu poprzez system video (wideoporady)
- ☐ aplikacjom
- ☐ edukacji pacjentów
- ☐ inne (jakie?)

Potrafię właściwie zorganizować pracę podczas pandemii COVID-19 tak, aby przekazywane dane poufne były bezpieczne:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Potrafię krytycznie spojrzeć na swoje decyzje:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Analizuję wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Biorę udział w działaniach edukacyjnych i badawczych, dzięki którym poszerzam swoją wiedzę:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Uważam, że stres spowodowany zagrożeniem epidemiologicznym w związku z pandemią COVID-19:

- ☐ wpłynął pozytywnie na moje działania, zmobilizował mnie
- ☐ wpłynął negatywnie na moje działania – pojawiły się błędy i chaos
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ nie zauważyłam/em zmian w moim zachowaniu
- ☐ nie odczuwam stresu z tym związanego

Kompetencje zarządcze, które uznają za najistotniejsze w momencie zagrożenia sytuacją krytyczną taką jak pandemia COVID-19 to:

- ☐ skuteczne przekazywanie informacji
- ☐ podejmowanie trafnych decyzji
- ☐ analizowanie i rozwiązywanie problemów
- ☐ efektywne planowanie i organizacja
- ☐ wdrażanie zmian i innowacji
- ☐ inne: jakie?...

Zorganizowałem ruch pacjentów i odwiedzających w sposób pożądany z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemiologicznego:

- ☐ na pewno tak
- ☐ wydaje mi się, że tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ wydaje mi się, że nie
- ☐ na pewno nie

BLOK 4. Przywództwo i zarządzanie zmianą (zarządzanie kryzysem, wdrażanie innowacji)

Przeorganizowałem pracę własną i swoich pracowników w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19:

- ☐ z łatwością
- ☐ z trudem
- ☐ nie udało się tego zrobić
- ☐ nie dotyczy

Uważam, że moje zachowanie w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19 gwarantuje bezpieczeństwo moje i współpracowników:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

Włączam innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji w sytuacji kryzysowej COVID-19:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ często
- ☐ zawsze

W sytuacji kryzysowej związanej z COVID-19 podejmuję decyzje w oparciu o swoje doświadczenia i dotychczasową wiedzę, a nie w oparciu o wyniki badań naukowych:

- ☐ nigdy
- ☐ rzadko
- ☐ trudno powiedzieć

- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

W sytuacji kryzysowej związanej z COVID-19 zdarza mi się zmodyfikować moje decyzje pod wpływem opinii innych osób w zespole:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

Zwiększam wykorzystanie technologii informatycznej do podejmowania decyzji zarządczych w placówce w czasie zagrożenia epidemicznego związanego z COVID-19:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

Potrafię wyegzekwować, aby pracownicy w mojej placówce stosowali się do standardów i wytycznych postępowania w sytuacji kryzysowej w odniesieniu do ich obowiązków:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

BLOK 5. Umiejętności zarządzania i organizacji pracy placówki

Potrafię zapewnić, że wywiad epidemiologiczny jest przeprowadzany w mojej placówce zgodnie z wytycznymi:

- ☐ *na pewno tak*
- ☐ *wydaje mi się, że tak*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*

Uważam, że edukacja w zakresie rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19:

- ☐ *jest w kompetencji lekarza*
- ☐ *jest w kompetencji pielęgniarki/położnej*
- ☐ *jest w kompetencji zarówno lekarza, jak i pielęgniarki/położnej*
- ☐ *jest w kompetencji każdego pracownika medycznego i administracyjnego zatrudnionego w placówce*

Kompetencje, których zabrakło mi podczas sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 to (możliwość wskazania wielu odpowiedzi):

- ☐ *właściwe/zrozumiałe komunikowanie się z pacjentem*
- ☐ *identyfikacja stresu i emocji u współpracowników*

- ☐ *dostosowanie formy organizacji pracy do zmieniających się warunków*
- ☐ *zdolność do współpracy z pracownikami*
- ☐ *wdrożenie i ścisłe przestrzeganie standardów i zasad postępowania pracowników placówki z podejrzeniem COVID-19 i chorymi na COVID-19*
- ☐ *właściwe zarządzanie ruchem pacjentów*
- ☐ *sprawne wdrożenie technologii telemedycznych*
- ☐ *inne, jakie?*

Podczas pandemii COVID-19 zadbałem o właściwą organizację pracy, pozwalającą moim pracownikom na odpowiedni balans między pracą a życiem osobistym:

- ☐ *na pewno tak*
- ☐ *wydaje mi się, że tak*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*

Biorąc pod uwagę sytuację zagrożenia epidemiologicznego spowodowanego pandemią COVID-19, w placówce najbardziej brakowało mi osób posiadających kompetencje z zakresu (możliwość wskazania 2 odpowiedzi):

- ☐ *psychologii i radzenia sobie ze stresem*
- ☐ *epidemiologii i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego*
- ☐ *zarządzania, w tym głównie zarządzania kryzysowego*
- ☐ *umiejętności diagnozowania/leczenia pacjenta w ramach teleporady*
- ☐ *prawa*
- ☐ *innych (jakich)*

Planuję, monitoruję oraz ewaluuję cele i wyniki moich pracowników także w dobie pandemii COVID-19:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

Potrafię zaplanować ciągłość biznesową w obliczu sytuacji kryzysowych, w tym pandemii COVID-19:

- ☐ *na pewno tak*
- ☐ *wydaje mi się, że tak*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*

W czasie trwania pandemii COVID-19 nadal stale monitoruję możliwości realizacji przez mój podmiot leczniczy świadczeń na rzecz pacjentów cierpiących na inne schorzenia i staram się je maksymalizować tak, aby deficyt zdrowia w innych obszarach nie stał się szczególnie dotkliwy:

- ☐ *na pewno tak*
- ☐ *wydaje mi się, że tak*

- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*

BLOK 6. Znajomość organizacyjno-prawnych aspektów systemu ochrony zdrowia

Zgodnie z aktualnymi regulacjami, dbam o bezpieczeństwo mojego zespołu, gwarantując im środki ochrony osobistej oraz środki dezynfekcji w placówce:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*
- ☐ *nie dotyczy*

Potrafię zidentyfikować procedury, które wymagają poprawy, z korzyścią dla pacjenta, pracowników i placówki:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

Uważam, że najtrudniejsze w zakresie poprawy jakości opieki nad pacjentem w czasie pandemii było: (wybierz trzy najważniejsze odpowiedzi)

- ☐ *wypracowanie i wdrożenie standardów opieki*
- ☐ *stały monitoring i ewaluację pracy personelu pod kątem zgodności ze standardami*
- ☐ *wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych i informacyjnych w opiece nad pacjentem i organizacji pracy personelu medycznego*
- ☐ *wyznaczenie personelowi mierzalnych celów jakościowych i ich monitorowanie oraz nagradzanie*
- ☐ *kształtowanie prozdrowotnych zachowań pacjentów*
- ☐ *utrzymanie zaangażowania pracowników*
- ☐ *inne, jakie.....*

Wykorzystuję dane statystyczne i wskaźniki zdrowotne w celu podejmowania decyzji służących właściwemu zarządzaniu placówką:

- ☐ *nigdy*
- ☐ *rzadko*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *często*
- ☐ *zawsze*

Okres pandemii potwierdził, że posiadam wystarczającą wiedzę na temat działalności agencji rządowych, regulacyjnych, zawodowych i sanitarno-epidemiologicznych:

- ☐ *na pewno tak*

- ☐ *wydaje mi się, że tak*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*

Potrafię opracować i wdrażać oraz modyfikować programy zapewniania jakości, satysfakcji i bezpieczeństwa pacjentów zgodnie z krajowymi wytycznymi:

- ☐ *na pewno tak*
- ☐ *wydaje mi się, że tak*
- ☐ *trudno powiedzieć*
- ☐ *wydaje mi się, że nie*
- ☐ *na pewno nie*